PSICOTECA MAYOR

M. Balint, P. H. Ornstein y E. Balint
Psicoterapia Focal

Michael Balint y sus colaboradores desarrollaron en la Clínica Tavistock la técnica de la "psicoterapia focal" en busca de formas abreviadas de psicoanálisis. Con este trabajo en equipo demuestran que su método, aunque más breve, no es superficial ni sólo de apoyo; examinan con detalle la interacción entre paciente y terapeuta, y evalúan las técnicas y los procedimientos de la psicoterapia focal. El aspecto básico de ésta consiste en concentrarse en un solo "foco".

Este libro se basa en el tratamiento del Sr. Baker, el desarrollo terapéutico que dirigió M. Balint y los resultados que son analizados desde todos los puntos de vista posibles por el equipo multidisciplinario que se formó para esta experiencia.

Psicoanalistas, psicólogos, psiquiatras y estudiantes de estas áreas encontrarán en estas páginas la descripción vívida de un caso fascinante, las observaciones agudas de un terapeuta de la talla de Balint para manejarlo y la experiencia reflexiva para comprenderlo del equipo de Tavistock.

ISBN 84-7432-595-1

gedisa
editorial

PSICOTECA MAYOR

M. Balint, P. H. Ornstein y E. Balint
Psicoterapia Focal

Terapia breve para psicoanalistas
Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock

gedisa
editorial

Andrea Méndez Fernández

M. Balint, P. H. Ornstein y E. Balint

PSICOTERAPIA FOCAL

Colección
PSICOTECA MAYOR

PSICOANÁLISIS

STUART SCHNEIDERMAN	*Lacan: la muerte de un héroe intelectual*
JULIA KRISTEVA Y OTROS	*(El) Trabajo de la metáfora*
OCTAVE MANNONI Y OTROS	*La crisis de la adolescencia*
DENIS VASSE	*El peso de lo real, el sufrimiento*
JUAN DAVID NASIO	*El magnífico niño del psicoanálisis*
MAUD MANNONI	*El síntoma y el saber*
MARIO FRANCIONI	*Psicoanálisis, lingüística y epistemología*
SERGE LECLAIRE	*Un encantamiento que se rompe*
JACQUES SÉDAT Y OTROS	*¿Retorno a Lacan?*
SARAH KOFMAN	*El enigma de la mujer*
OSCAR MASOTTA	*Lecciones de introducción al psicoanálisis*
JULIA KRISTEVA	*Al comienzo era el amor*
J. LAPLANCHE Y J.-B. PONTALIS	*Fantasía originaria, fantasía de los orígenes, orígenes de la fantasía*
ARMANDO VERDIGLIONE Y OTROS	*Psicoanálisis y semiótica*

PSICOTERAPIA FOCAL

Terapia breve para psicoanalistas.
Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock

por

M. Balint, P. H. Ornstein y E. Balint

gedisa
editorial

Título del original inglés:
Focal Psychotherapy
© by Mark Paterson & Associates, Wivenhoe, Inglaterra, 1985

Traducción: Víctor Fischman
Revisión técnica: Alberto Conesa Pietscheck
Diseño de cubierta: Rolando Memesdorff

Segunda reimpresión, 2006, Barcelona

Derechos para todas las ediciones en castellano
©Editorial Gedisa, S.A.
Paseo Bonanova, 9 1°-1ª
08022 Barcelona, España
Tel. 93 253 09 04
Fax 93 253 09 05
Correo electrónico: gedisa@gedisa.com
http://www.gedisa.com

ISBN: 84-7432-595-1
Depósito legal: B-8003-2006 E.U.

Impreso en Publidisa
Impreso en España
Printed in Spain

Queda prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio de impresión, en forma idéntica, extractada o modificada, en castellano o cualquier otro idioma.

Indice

PREFACIO 9
1. Introducción 11
2. Algunos precursores de la psicoterapia breve 14
3. Historia del taller de psicoterapia focal 23
4. Estructura general de la terapia focal: empleo de formularios 25
5. Historia del tratamiento; seguimiento y comentarios 30
6. Estilo de tratamiento: interpretaciones y descubrimientos independientes 155
7. La experiencia del tratamiento del Sr. Baker como un proceso 164
A. El diagnóstico y la fase inicial 166
B. La fase media 172
C. La fase de terminación 175
8. Personalidad y enfermedad del Sr. Baker 178
9. Apéndice 183
A. Criterios de selección 183
B. La búsqueda de un foco 185
C. La teoría del seguimiento 189
10. Observaciones finales 191
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 197

Prefacio

El grueso del trabajo presentado en este libro estaba ya terminado en el momento en que inesperadamente Michael Balint falleció, el 31 de diciembre de 1970. El debía de escribir todavía el capítulo 4 ("Estructura general de la terapia focal: empleo de los formularios") y partes de los capítulos 3 y 9, que fueron completados posteriormente por Enid Balint. Quedó como responsabilidad mía terminar los capítulos 2, 7 y 10, cuyos delineamientos y principales ideas fueron discutidos durante nuestro trabajo en equipo. La finalización de dicho trabajo la realicé tras consultar en diversas ocasiones a Enid Balint.

Lamentablemente no tuvimos ya la oportunidad de presentar esos capítulos a Michael Balint para su revisión crítica: él siempre condujo nuestras discusiones hacia nuevos e inesperados descubrimientos.

Este libro se basa en el tratamiento del Sr. Baker, que realizó y sobre el que escribió M. Balint (capítulo 5). Por desgracia, los comentarios al final de cada informe de la sesión son "asimétricos". El lector debe tener presente que Michael Balint dictaba sus observaciones justo inmediatamente después de cada sesión y que estas notas no se pensó en un principio que iban a ser publicadas. Más tarde se decidió incluirlas en su forma original con sólo algunos cambios estilísticos y gramaticales acá y allá.

A medida que el trabajo avanzaba se hicieron patentes algunos consensos, algunas diferencias de opinión y algunas diversidades de énfasis. Entonces Michael Balint sugirió que cada uno de nosotros firmara aquellos capítulos de los que fuera su único o principal

responsable para evitar así tener que ajustar nuestras ideas a un compromiso desleído.

Enid Balint fue una activa participante dentro del grupo, que contribuyó con su crítica eficaz a la elaboración de esta obra. Después de la muerte de su esposo no sólo entregó el faltante capítulo 4, como ya se ha mencionado, sino que tomó sobre sus hombros la tarea de aconsejarnos respecto de todo el libro.

La doctora Mary Hare se ofreció como voluntaria para leer todos los manuscritos antes de que Michael Balint falleciera; le estamos muy agradecidos. También nos colaboró en la lectura de las pruebas de imprenta.

Paul H. Ornstein, M. D.
Cincinnati

1*

Introducción

Como se observa en la secuencia cronológica del capítulo 5, el tratamiento sobre el que se basa este libro terminó el 11 de febrero de 1962. A partir de esa fecha se hizo un seguimiento sistemático del paciente por medio de cartas y entrevistas hasta el 25 de diciembre de 1966. Con todo, el paciente, el señor Baker, y el terapeuta, Michael Balint, se mantuvieron en contacto. El paciente, como se podrá ver, aún recurre a él cuando existe una causa real para ello. ¿Por qué, entonces, hubo que esperar hasta 1970 para dar a conocer este material?

Nosotros, los dos autores, nos reunimos en forma periódica en Cincinnati desde 1956, año en que uno de nosotros, Ornstein, se estaba capacitando allí –ahora trabaja en el departamento de psiquiatría– y el otro, M. Balint, dictaba una serie de seminarios y, desde entonces, regresa a Cincinnati con bastante regularidad. En poco tiempo se hizo obvio que ambos compartíamos puntos de vista e ideas relacionadas tanto con el proceso terapéutico-analítico como con los procesos que tienen lugar en las diversas modalidades psicoterapéuticas. Uno de los temas que a menudo tratamos –al menos, desde 1960– fue, claro está, la investigación sobre la terapia focal.

El tratamiento del señor Baker se mencionó por primera vez a principios de 1968 como ejemplo de los problemas que plantean las técnicas terapéuticas. Al año siguiente nos encontramos en

* Este capítulo fue completado por Paul H. Ornstein después de la muerte de Michael Balint.

Roma en el 26º Congreso Psicoanalítico Internacional, oportunidad en que uno de los simposios trataba sobre la terapia a corto plazo. A ambos nos desilusionó la delimitación arbitraria del tema y la manera en que se lo enfocó.

Como resultado de esta experiencia emocional compartida, Michael Balint me propuso que aunáramos fuerzas y preparásemos este material para su publicación. Sería una excelente oportunidad para expresar nuestros puntos de vista, tarea que Michael Balint no creía poder realizar solo.

Acepté con agrado la oportunidad para familiarizarme con las técnicas y teorías relacionadas con la terapia focal mientras trabajaba sobre el material con Michael Balint. Fue entonces cuando decidimos dedicar el verano siguiente a este trabajo.

Nuestro objetivo, tal como lo fuimos concibiendo a partir del trabajo conjunto, es utilizar la historia del tratamiento del señor Baker para estudiar en detalle las interacciones entre las asociaciones del paciente y la selección de intervenciones por parte del terapeuta. Desde un punto de vista teórico, dichas interacciones se pueden sintetizar no sólo como el estudio del tratamiento como proceso, sino también como un estudio de la relación que se va desarrollando entre el médico y el paciente. El primer aspecto pertenece a la teoría de la técnica; el segundo, al campo general de la teoría de las relaciones objetales.

El material empleado para este estudio está compuesto por la recopilación de los informes de la sesión, que, como regla, se dictaban a una secretaria en cuanto finalizaba cada sesión. Como no se tomaban apuntes durante las sesiones, el terapeuta dependía por completo de su memoria. Sabemos que este método tiene muchas desventajas y algunos puristas considerarán que no es adecuado para una investigación seria.

No vacilamos en aceptar que, en cierto modo, la memoria no es tan confiable como el registro en una cinta magnetofónica. Por otra parte, sostenemos que la cohesión interna tanto de una sesión como de la totalidad de las sesiones basta para demostrar la validez y la utilidad de este método en particular. En el capítulo 4 analizaremos este tema tan importante de modo más detallado.

Por ahora nos limitamos a señalar que el método empleado

para los registros en este tratamiento permite que tanto el carácter del paciente como la índole de la técnica terapéutica, surjan claramente, mientras que, de otro modo, habría sido necesario extraerlos con mucho esfuerzo de la totalidad del material grabado. Es más, ninguna grabación en cinta magnetofónica puede proporcionar información acerca de "las interpretaciones pensadas pero no verbalizadas", de la atmósfera de la sesión, de las expectativas iniciales del terapeuta o de sus cambios de opinión con respecto al resultado y sus reflexiones posteriores, etc., en tanto que el método empleado permite registrar todos estos importantes datos.

Las cartas que el Sr. Baker escribe al terapeuta demuestran que el cuadro de la personalidad del paciente, que surge de los informes de las sesiones, coincide con el que revelan esas cartas.

Ya señalamos que nuestro principal objetivo es estudiar la relación entre paciente y terapeuta, por lo cual resulta obvio que nuestro interés por demostrar que la terapia focal conduce a resultados terapéuticos aceptables es sólo secundario. Malan (1963) ya publicó la validación de los resultados de los primeros veintiún casos tratados por el Focal Therapy Workshop. En la actualidad Malan está preparando un estudio crítico de los resultados terapéuticos de todos los pacientes tratados, un total aproximado de cincuenta. Por lo tanto, creemos que se justifica tratar las técnicas y los procesos de esta modalidad de terapia y utilizar el caso del señor Baker sólo a modo de ilustración. Con todo, debemos señalar que el señor Baker padecía de una severa paranoia de celos, diagnóstico hecho tanto por su propio médico como por el psiquiatra consultado. Ambos consideraron seriamente la posibilidad de internación y se sintieron muy aliviados cuando se propuso iniciar una terapia. El señor Baker asistió a 27 sesiones en un lapso aproximado de 15 meses. El terapeuta le hizo un seguimiento directo durante unos cuatro años y medio, e indirecto, a través de los informes de su médico clínico, durante unos dos años, es decir, un total aproximado de seis años y medio.

2*

Algunos precursores de la psicoterapia breve

Malan (1963) y Small (1971) revisaron y evaluaron las distintas modalidades de psicoterapia breve. El propósito de este resumen es tan sólo colocar la "psicoterapia focal" en perspectiva haciendo referencia a algunos de sus antecedentes.

Nos limitaremos a mencionar aquellos tipos de psicoterapia breve que se derivaron directamente del psicoanálisis. Sólo se los analizará en tanto nos permitan establecer las similitudes y las diferencias entre dichas modalidades precursoras y la "terapia focal" de Balint, y así destacar las contribuciones específicas de este último.

Balint continuó desarrollando su teoría y su técnica después del trabajo realizado en el Focal Therapy Workshop** (véase el capítulo 3) y de la publicación del trabajo de Malan en 1963. El paciente, cuya terapia focal se ha empleado para ilustrar la evolución del pensamiento de Balint (véase el capítulo 5), inició su tratamiento a fines de 1960, de modo que no se lo incluyó entre los veintiún pacientes del taller tratados entre 1955 y 1958, y sobre los que Malan basó sus estudios.

Para hacernos una idea de los antecedentes ya mencionados, debemos retroceder hasta los *Estudios sobre la histeria* (1895), que muestran la evolución de lo que más adelante se conoció como técnica psicoanalítica.

En cuanto a buscar el origen del desarrollo de esta técnica, el

* Este capítulo fue redactado por Paul H. Ornstein después de la muerte de Michael Balint.

** Taller de Psicoterapia Focal. [T.]

valor de los *Estudios* reside en el hecho de que en ellos Freud fue muy explícito respecto a: (a) sus ideas sobre la patología en tratamiento; (b) las diversas intervenciones empleadas en la terapia de cada uno de los pacientes descritos; y (c) la respuesta de cada paciente tanto a las intervenciones planificadas de Freud como a las espontáneas. Así, podemos seguir el curso de los cambios en la técnica de Freud, como resultado de su mayor comprensión de la naturaleza de la psicopatología y de la terapia a medida que pasa de un paciente a otro. Sobre la base de este tipo de información resulta fácil observar la evolución de los fundamentos teóricos de la terapia y seguir la lógica de Freud –junto con los datos empíricos sobre los que estaba basada– hasta el punto en que podemos comenzar a hablar de psicoanálisis.

Es precisamente en estos *Estudios* donde encontramos, en "Catalina", la primera psicoterapia breve de orientación analítica que se haya publicado. Freud reproduce el diálogo entre él y Catalina de una manera que revela la historia clínica, sus propias intervenciones diagnósticas e interpretativas, y las respuestas de Catalina. En estas respuestas, más allá del mero acuerdo, desacuerdo o del intento de eludir la respuesta, la aparición de material nuevo y confirmatorio le permite a Freud reconstruir los hechos y los procesos psíquicos que determinaron los síntomas de la histeria de ansiedad. Aun detalles tales como la aparición y el significado de uno de los síntomas, vómitos y la identificación del "rostro alucinado" se pudieron reconstruir de modo adecuado. Como resultado de esta reconstrucción surgieron dos grupos de recuerdos importantes que, desde un punto de vista cronológico, precedieron a los que parecían ser los causantes inmediatos de los síntomas que llevaron a Catalina a recurrir a Freud. Este señala que "la enferma aceptó como verosímil todo lo que yo interpolé en su relato, pero no se hallaba en estado de reconocer haberlo vivido realmente". Con todo, Freud describió a Catalina, después que ella le contó sus recuerdos, de la siguiente manera: "En su rostro, antes entristecido y doliente, se pinta ahora una expresión llena de vida. Sus ojos han recobrado el brillo juvenil y se muestra animada y alegre". Así, este único encuentro trajo como resultado un verdadero alivio y un cambio notable en toda su conducta. Pero, ¿por cuánto tiempo?

Un seguimiento de Catalina habría sido muy importante. Las circunstancias, claro está, lo impidieron, por lo cual no sabemos cuáles fueron los efectos a largo plazo de este análisis "breve" de Freud.

Lamentablemente, aún no contamos con procesos terapéuticos bien documentados ni estudios de seguimiento adecuados en el campo del psicoanálisis o de la psicoterapia. Malan (1963) estudió en detalle esta carencia de investigaciones en el campo de la psicoterapia y procedió a remediar la situación con sus propios trabajos sobre desenlaces y seguimientos. Sin embargo, no incluyó la imprescindible descripción de la técnica empleada por cada terapeuta en el taller.

A medida que el psicoanálisis se transformaba en un procedimiento terapéutico cada vez más prolongado y complejo, los primeros analistas, que seguían haciendo terapias breves, publicaban muy poco sobre estos casos y hacían aun menos seguimientos de ellos. Malan sólo encontró siete informes publicados (1963) de terapia breve entre 1909 y 1914. Los estudios de seguimiento eran escasos o inexistentes, a pesar de que los pacientes ya no vivían en cabañas casi inaccesibles en las montañas como la Catalina de Freud.

Durante la Primera Guerra Mundial y a su término se hizo obvia la necesidad de contar con terapias psicoanalíticas más breves. Esta necesidad tuvo un origen interno y otro externo.

El primero estaba relacionado con el hecho de que la terapia psicoanalítica, más prolongada y compleja, también llevaba al reconocimiento de nuevos problemas, nuevos obstáculos para la cura analítica. En vista de que la prolongación de los análisis y algunas de las dificultades concomitantes se atribuían, en parte, a la "pasividad" del analista, acortar el análisis y contrarrestar la pasividad del analista parecían ser una solución lógica. Ferenczi (1919, 1920, 1925) fue uno de los principales terapeutas, y quizás el primero, aparte de Freud, que experimentó con nuevos enfoques para solucionar esos problemas técnicos en la terapia, que comenzaban a descubrirse. La llamada "técnica activa" de Ferenczi es pertinente a nuestro breve análisis histórico; más adelante volveremos sobre este tema.

Freud, por cierto, siempre respondía con innovaciones, tanto

teóricas como técnicas, a los nuevos datos empíricos que surgían en su práctica clínica diaria. En esta oportunidad, sin embargo, también mostró sensibilidad y una increíble previsión frente a las exigencias externas: la necesidad social de contar con formas terapéuticas al alcance de un sector más amplio de la población. En el trabajo presentado en el 5º Congreso Psicoanalítico Internacional en Budapest en 1918 (Freud, 1919) previó una mayor demanda del análisis como proceso terapéutico. Hizo una revisión del estado de la técnica analítica en ese momento y se refirió a la "técnica activa" de Ferenczi (1919) como el camino posible para la evolución ulterior del psicoanálisis.

Además de analizar los límites aconsejables de la actividad del terapeuta, desde un punto de vista psicoanalítico, Freud consideró que un proceso terapéutico menos prolongado, tan necesario y conveniente, podría también hacer uso de dichas "actividades" para que se pudiera ofrecer la terapia psicoanalítica en gran escala y en forma gratuita en clínicas de pacientes externos subvencionadas por el gobierno. Freud anticipó así las necesidades y los requisitos de la sociedad, que hasta hoy siguen en permanente aumento.

¿Cómo puede ser, entonces, que tan pocos analistas hayan aceptado el desafío de desarrollar una psicoterapia psicoanalítica breve sistematizada y, por ende, susceptible de ser definida, enseñada e investigada? La respuesta es multifacética y ya fue analizada en detalle en otros trabajos (Ornstein, 1970a; Ornstein y Ornstein, 1969). Es muy probable que los comentarios finales de Freud en el congreso de Budapest hayan contribuido a este rechazo por terapias más breves. Esto es lo que la mayoría de los analistas recuerdan: "Asimismo, en la aplicación popular de nuestros métodos habremos de mezclar quizás el *oro puro* del análisis con el *cobre* de la sugestión directa..." (la bastardilla es mía). Pero pocos analistas recuerdan la frase siguiente, que fue la última: "Pero, cualesquiera que sean la estructura y composición de esta psicoterapia para el pueblo, *sus elementos más importantes y eficaces continuarán siendo, desde luego, los tomados del psicoanálisis propiamente dicho, riguroso y libre de toda tendencia*". (La bastardilla es mía.)

En cambio, Ferenczi (1919, 1920, 1925) aceptó el desafío. Como ya señalamos, esperaba resolver algunos de los problemas del

psicoanálisis propiamente dicho y encontrar la manera de acortar el tratamiento. A la "pasividad" del analista oponía la siguiente "actividad": (1) prevenir o prescribir ciertos tipos de conducta, como por ejemplo, omitir los rituales en los pacientes obsesivos o exponer pacientes fóbicos a experiencias que activan las fobias; (2) establecer un límite de tiempo para la terapia en forma arbitraria; (3) emplear "fantasías forzadas" para acelerar la aparición de conflictos ocultos; y (4) adoptar un papel definitivo en relación con el paciente, un papel que de alguna manera aceleraría el tratamiento de sacar a luz las reacciones neuróticas de transferencia del paciente.

Ferenczi señaló que Freud ya había empleado algunos de estos métodos, tales como determinar la fecha de terminación del tratamiento y solicitar a los pacientes fóbicos, en algún momento de la terapia, que se expusieran a la situación fóbica. Así, Ferenczi afirmaba que sólo estaba desarrollando y aplicando los principios que el propio Freud ya había introducido en el tratamiento psicoanalítico.

Más tarde (1925) Ferenczi y Rank publicaron un estudio descriptivo crítico actualizado de los procesos psicoanalíticos terapéuticos. Centraron su atención en las experiencias emocionales del paciente en análisis con el propósito de corregir el énfasis aún excesivo que se ponía en el insight cognitivo a través de la reconstrucción genética. Pensaban que bastaba con volver a experimentar los conflictos infantiles en la neurosis de transferencia. No hacía falta esperar a que reaparecieran los recuerdos infantiles, por lo cual sería factible acortar el análisis de manera considerable. De hecho, pensaban que una vez que los conflictos pasados se repetían en la transferencia y se los comprendía en forma cabal, incluso sin relacionarlos con los hechos genéticos, el analista podía fijar una fecha para la terminación del análisis.

Por una serie de motivos, los experimentos de Ferenczi encontraron gran oposición. El mismo pronto reconoció su ineficacia (1925). El fracaso de estos experimentos, sumado a la fuerte reacción negativa de Freud, después de haberlos apoyado al comienzo, impidieron durante algún tiempo que otros psicoanalistas desarrollaran modalidades de psicoterapia breve. El renovado interés por contar con modalidades de psicoterapia breve durante la

Segunda Guerra Mundial y después de ésta dio origen a nuevos y perdurables esfuerzos por seguir desarrollando técnicas terapéuticas breves de orientación analítica.

Alexander y French (1946), del Chicago Institute for Psychoanalysis, retomaron el trabajo allí donde los experimentos de Ferenczi había fracasado y donde Ferenczi y Rank (1925) los habían abandonado. Estos nuevos experimentos, que comenzaron en 1938, se llevaron a cabo en forma mucho más sistemática y "pública" con la participación directa de nueve psicoanalistas más (listados en primera página) y otros doce cuya contribución se agradece en el Prefacio (Alexander y French, 1946). Esto sirve para comprobar un avance significativo en el interés de un grupo más numeroso de psicoanalistas por acortar el proceso psicoanalítico (que continuó siendo incluso más prolongado después de los esfuerzos realizados por Ferenczi y Rank (1925) para encontrar técnicas de terapia breve sin perder de vista la necesidad del psicoanálisis clásico), y por desarrollar una psicoterapia psicoanalítica breve. En el libro de Alexander y French (1946), y en el lúcido análisis que realizó Alexander diez años más tarde (1956), se hace una revisión de las contribuciones importantes de otros analistas y se ofrece un detallado análisis teórico y clínico de los autores.

Ya en 1925 Alexander había notado el esfuerzo justificado de Ferenczi y Rank (1925) por corregir el por demás intelectualizado procedimiento del psicoanálisis. Criticaban el énfasis que se ponía en la interpretación del contenido, la reconstrucción y la evocación de recuerdos infantiles, junto con el descuido relativo —aun después de los últimos trabajos de Freud sobre la técnica— de la resistencia y la transferencia. Alexander consideró que la corrección fue demasiado lejos y, quizás injustamente, que la nueva formulación de Ferenczi y Rank sobre el proceso terapéutico en el psicoanálisis implicaba el resurgimiento de la teoría de la abreacción.

Alexander y French (1946) volvieron a hacer hincapié en la importancia fundamental de la experiencia emocional en el análisis y en la necesidad de una integración intelectual, es decir, de la elaboración, que, según ellos, Ferenczi y Rank habían descuidado. Subrayaron que la segunda resulta ineficaz sin la primera y coloca-

ron la "experiencia emocional correctiva" en el eje terapéutico de todo tipo de psicoterapia.

La experiencia emocional correctiva es el resultado de la diferencia entre la respuesta original de los padres y la del analista durante el análisis. El paciente, en sus inevitables reacciones transferenciales espera del analista las mismas actitudes parentales que moldearon el repertorio adaptativo-defensivo de su conducta. El hecho de que las actitudes del analista difieren de las de los padres le proporciona al paciente una oportunidad para corregir sus distorsiones. La experiencia emocional en la transferencia confiere convicción al insight y constituye un sostén necesario. Una vez alcanzada cierta estabilidad, dicho insight permite encontrar soluciones nuevas, más actualizadas y realistas, para viejos conflictos. Según Alexander (1956), éste era el factor terapéutico clave en el procedimiento estándar, implícito en las formulaciones de Freud. El sólo lo desarrolló y lo llamó "experiencia emocional correctiva".

Así, Alexander y French (1946) recurrieron, tal como lo habían hecho Ferenczi y Rank (1925), al empleo de una serie de "actividades" con la esperanza de mejorar el procedimiento estándar. Más tarde (1956), Alexander lo describió de la siguiente manera: "El procedimiento estándar se puede mejorar haciendo más eficaz la influencia correctiva de la situación transferencial al prestarle mayor atención al clima interpersonal de la situación terapéutica". ¿Cómo se lo podía lograr? Para Alexander, era posible regular la intensidad de la repetición emocional del pasado (o sea, la transferencia) de modo que alcanzara la intensidad óptima, lo cual se podía lograr de la siguiente manera (sólo mencionaré las sugerencias técnicas más controvertidas): (1) cambios en la frecuencia de las entrevistas, (2) interrupciones temporarias del tratamiento (en particular, para tratar los problemas de dependencia excesiva) y (3) reemplazo de la actitud contratransferencial espontánea del analista por una postura deliberadamente planificada, opuesta a la de los padres, con el fin de reforzar las experiencias emocionales correctivas.

Alexander y sus colaboradores (1946) demostraron la eficacia y el significativo valor de sus terapias algo más breves. De no haber alegado que su método "mejoraba" el procedimiento estándar –hecho que no era cierto– es probable que la acalorada controversia que provocaron habría tomado otra dirección. En vez de analizar el efecto de estas recomendaciones altamente manipulativas sobre el proceso terapéutico, la discusión giró alrededor de si las nuevas técnicas eran psicoanalíticas o simplemente constituían otro tipo de psicoterapia.

La mayor parte de los psicoanalistas rechazó la idea de que las recomendaciones de Alexander "mejoraban" el procedimiento estándar. Sin embargo, y por desgracia, junto con este rechazo reafirmaron la clara demarcación entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. Esto, a su vez, ha hecho que los psicoanalistas no presten verdadera atención al desarrollo de una psicoterapia psicoanalítica que pudiera ser considerada como un continuo con el psicoanálisis (Ornstein, 1970a, Ornstein y Ornstein, 1969).

De este modo, el segundo intento sistemático en el campo del psicoanálisis por encontrar modalidades terapéuticas más breves y más eficaces fracasó de la misma manera que el primero. Los intentos por introducir o imponer en el proceso analítico ciertas "actividades" discrecionales que van más allá de las intervenciones interpretativas y manejan el "clima interpersonal" no pudieron incorporarse a la corriente principal del psicoanálisis.

A los experimentos de Alexander y French (1946) siguieron otros intentos por desarrollar formas más breves de psicoterapia psicoanalítica, que no analizaremos en el presente contexto porque, aun las que incluían innovaciones, se limitaron a subrayar algún aspecto del proceso o la técnica terapéutica que ya existía, de modo implícito o explícito, en la técnica estándar. Uno de los ejemplos se refiere al manejo de los fenómenos transferenciales. Algunos analistas utilizan las interpretaciones transferenciales incluso en las terapias breves en tanto que otros siempre las evitan.

Hay una contribución particular del período recién analizado que debemos mencionar porque está muy relacionada con el tema principal en este trabajo. French (1958, 1970), en su esfuerzo por desarrollar un método sistemático y sencillo de encarar los datos clínicos psicoanalíticos y por obtener pautas para las actividades interpretativas del clínico, introdujo el concepto de "conflicto focal" y "conflicto nuclear". Para French, el conflicto focal es preconsciente, el más cercano a la "superficie" en un momento dado,

y explica la mayor parte del material clínico de una sesión terapéutica determinada. "En el conflicto focal, los impulsos se condensan en un único conflicto y luego se descargan en las verbalizaciones y las producciones del paciente" (Whitman y Stock, 1958). La estructura esquemática de un conflicto focal es la siguiente: un "motivo perturbador" (un impulso o un deseo) está en conflicto con un "motivo reactivo" (una respuesta del superyó o del yo), lo cual crea la necesidad de encontrar una "solución" (una fórmula de transacción adaptativa o defensiva). Los conflictos focales derivan de conflictos nucleares más profundos y tempranos. Es probable que estos conflictos nucleares se originen durante períodos cruciales del desarrollo al comienzo de la vida. "Estos permanecen en su mayoría latentes, reprimidos o 'resueltos'; uno de ellos se activa (o ha permanecido activo) y constantemente parece estar subyacente a la conducta con el aspecto de conflictos focales, que se pueden identificar como variaciones sobre un mismo tema" (Ornstein y Kalthoff, 1967).

De este modo, la técnica terapéutica de French involucra un constante esfuerzo por interpretar los conflictos focales, al tiempo que permite el surgimiento de otros derivados de los conflictos nucleares patógenos a medida que la terapia progresa.

Si bien existen similitudes entre este uso del término "focal" y el que se le da en la terminología de Balint, tanto el nombre como la teoría y las técnicas que abarca fueron hallazgos independientes de Balint. Las semejanzas y diferencias entre estos dos enfoques se verán con claridad a partir de la lectura de los capítulos que siguen.

En el capítulo 10 analizaremos en qué punto de la secuencia evolutiva descrita se coloca la psicoterapia focal.

3*

Historia del taller de psicoterapia focal

La posibilidad de desarrollar una terapia mucho más breve que el psicoanálisis clásico me interesaba desde hacía mucho tiempo. Sabía que tanto el paciente como el analista tendrían que pagar un precio considerable por esta brevedad o, lo que es lo mismo, que ambos tendrían que correr algunos riesgos. Por otra parte, pensaba que había ciertas cosas que no se podían negociar: (a) los resultados de esta terapia debían ser similares a los de un tratamiento psicoanalítico, y (b) debían tener un grado semejante de estabilidad. Los riesgos que estaba dispuesto a correr eran los siguientes: (a) podía haber mucha menos gente indicada para este tipo de terapia que para análisis, (b) las posibilidades de fracaso podían ser mayores, y (c) estaba dispuesto a modificar hasta cierto punto algunas de las técnicas tradicionales del psicoanálisis.

En enero de 1955 se presentó la oportunidad de comenzar un trabajo de investigación en este campo. Para ese entonces Enid Balint y yo ya habíamos desarrollado el método de seminarios de capacitación e investigación y lo habíamos puesto a prueba en dos campos: con trabajadores sociales que procuraban ayudar a sujetos en sus problemas maritales y con médicos clínicos que procuraban comprender y tratar los problemas psicológicos de sus pacientes. A estos intentos se los podría denominar psicoterapia breve o psicoterapia con objetivos limitados.

Nuestro primer equipo de investigación estaba integrado por personal de la clínica Tavistock. Era bastante heterogéneo ya que

* Enid Balint completó este capítulo después de la muerte de Michael Balint.

incluía dos asesores, dos administrativos, dos psicólogos, un asistente social psiquiátrico y un psicoanalista que era miembro honorario de la clínica. Por otra parte, tres de los miembros del equipo, a pesar de estar de acuerdo básicamente con el psicoanálisis, no estaban bien capacitados. Los cinco restantes o bien eran psicoanalistas o se estaban capacitando para serlo. En vista de que ninguno de nosotros tenía experiencia en el campo que íbamos a estudiar, lo único que nos quedaba por hacer era elaborar principios relativamente sólidos basados sólo en ideas preconcebidas. Como era de suponer, la experiencia nos fue demostrando que la mayoría de nuestras ideas preconcebidas eran falsas, lo cual desanimó a los miembros del grupo y llevó a que la asistencia a nuestras reuniones de investigación fuera bastante irregular. Finalmente, en la Pascua de 1956, nos vimos obligados a aceptar que esta fase de nuestra investigación había llegado a su fin.

En noviembre de ese mismo año retomamos el trabajo con un equipo integrado exclusivamente por profesionales con formación analítica, algunos de la clínica Tavistock y otros del hospital Cassel. Cuatro de los miembros, que constituíamos el verdadero núcleo del equipo, habíamos trabajado en la primera fase: Enid Balint, John Boreham, David Malan y yo. Los nuevos miembros eran: Joseph Jacobs, un talentoso terapeuta de la clínica Tavistock, Tom y Agnes Main, Malcolm Pines, Julius Rowley y Eric Rayner, todos ellos del hospital Cassel. Fue este equipo el que desarrolló la idea y la metodología de lo que más tarde se llamó terapia focal.

Durante el verano de 1961, después de casi cinco años de vida, se dio por terminado el taller por diversos y complejos motivos, entre los cuales cabe mencionar que la mayor parte de los miembros eran analistas jóvenes que quizás estaban todavía demasiado influidos por el pensamiento psicoanalítico tradicional como para continuar trabajando en este proyecto. Sin lugar a dudas, era muy difícil darse cuenta de que las nuevas técnicas y esta nueva manera de pensar no ponían en peligro ni la teoría ni la práctica psicoanalíticas básicas, sino que en realidad, se complementaban y no se oponían.

4*

Estructura general de la terapia focal: empleo de los formularios

Ya mencionamos algunos de los problemas que el analista debe enfrentar cuando hace psicoterapia breve. La estructura de nuestro trabajo tenía por objetivo minimizar estas dificultades en la medida en que cada uno de los miembros del grupo, incluyendo al facilitador, Michael Balint, informara sobre su propio trabajo y analizara y criticara el de los demás. Compartimos nuestras experiencias y juntos estudiamos nuestras hipótesis clínicas en un marco en el que el éxito terapéutico no era el único objetivo. Se aceptaban el fracaso total y el parcial. Todos teníamos formación psicoanalítica y éramos miembros activos del grupo.

Dos de los miembros del taller eran psicólogos y, por lo tanto, desempeñaban un papel adicional: hacían los tests psicológicos e informaban sobre los resultados obtenidos y se encargaban de las entrevistas terapéuticas y de redactar un informe sobre éstas. Esta estructura presentaba algunas dificultades debido a la inevitable superposición de los informes psicológicos y de los psiquiátricos. Con todo, existían algunas diferencias obvias: en los tests los estímulos proporcionados por el psicólogo son sistemáticos y fijos, en tanto que los proporcionados por el psicoterapeuta son siempre improvisados y, por ende, nunca sistemáticos.

El Taller de Psicoterapia Focal se reunía una vez por semana, dos horas. El analista que entrevistaba al paciente completaba los formularios, que analizamos en detalle más adelante, y los entrega-

* Este capítulo fue escrito por Enid Balint después de la muerte de Michael Balint.

ba a los miembros del taller antes de cada reunión. El intercambio de ideas se realizaba sobre la base de que todos los presentes habían leído los formularios. Una secretaria registraba textualmente lo que se decía, y luego se hacía circular el informe entre los miembros del grupo. El terapeuta elaboraba sobre lo que había escrito en el formulario, pero no se hacía ningún otro informe sobre la sesión. Desde un comienzo se había decidido que, a pesar de que cada miembro del grupo llevaría a cabo sus entrevistas y presentaría el informe correspondiente a su manera, se precisaba una cierta estructura de modo de poder hacer observaciones y comentarios pertinentes y útiles sobre las entrevistas. Deseábamos comunicar intercambios significativos y no irrelevantes, y los formularios y encabezamientos que surgieron durante nuestro trabajo fueron la estructura que elaboramos para poder anotar estos datos y compararlos. Los formularios se modificaban a medida que cambiaban nuestras ideas sobre lo que era información significativa. Como lo señalamos en la "Introducción", nuestro propósito era evitar, en la medida de lo posible, la tentación de involucrarnos en la psicopatología del paciente, y ocuparnos más de la interacción entre el paciente y el terapeuta, y de los procesos y las técnicas que de ahí surgían. Nos interesaba estudiar no sólo las relaciones objetales en cuanto a fantasías y reconstrucciones del pasado, sino las que se podían observar en la realidad del paciente y en el curso de la entrevista. Con estas observaciones esperábamos poder estudiar técnicas que fueran apropiadas, es decir, los tipos adecuados de intervención verbal y no verbal en función de lo que llamamos "el objetivo focal".

Michael Balint y yo habíamos preparado un formulario sobre el cual estructurar nuestro pensamiento durante nuestro trabajo con el Family Discussion Bureau. Pronto nos dimos cuenta de que el formulario era inadecuado y comenzamos a trabajar sobre formularios que permitieran incluir observaciones e intercambios importantes en nuestro trabajo. En el próximo capítulo, que constituye la parte central de este libro, se muestra cómo se emplearon. En este capítulo mi objetivo es sólo resumir algunos de los motivos que nos llevaron a elegir los encabezamientos.

A continuación describo en términos generales los objetivos de los formularios.

1. Formulario de la entrevista inicial

Los encabezamientos en este formulario indican qué datos consideramos de importancia de modo que el grupo pudiera intercambiar ideas sobre el paciente y, en su debido momento –no en esta etapa de diagnóstico, de entrevista inicial–, decidir si se lo podía ayudar (a) en un lapso más breve que el requerido en el psicoanálisis clásico, y (b) con una idea más clara sobre qué aspecto de la enfermedad del paciente se debía tratar. Considerábamos que no podíamos tratar al paciente si nos limitábamos a hacer un diagnóstico general con términos psiquiátricos o, incluso, con los de relaciones objetales. Pensábamos que teníamos que definir nuestros objetivos con claridad así como hacer una estimación del tiempo que nos llevaría lograrlos. Los encabezamientos del formulario de la entrevista inicial que se presentan a continuación se eligieron para que actuaran como una base para nuestras consideraciones.

A. Derivación
B. 1. Aspecto y actitud del paciente
   2. Quejas
   3. Motivo aparente del paciente para hacer la consulta.
C. Antecedentes
D. 1. Concepción que el paciente tiene de sí mismo
   2. Concepción que el paciente tiene de otras personas
E. Relación médico-paciente
   1. Manera como el médico trató al paciente
   2. Manera como el paciente trató al médico
F. Rasgos Salientes de la entrevista (o, a veces, "Momentos importantes en la entrevista")
G. 1. Maneras en que el trastorno se manifiesta en la vida del paciente
   2. Interpretación de lo anterior en función dinámica
   3. (a) Conveniencia para la terapia focal; razones
      (b) Contraindicación para la terapia focal
   4. Objetivos inmediatos

El objetivo de estos encabezamientos era que en el taller se pudieran intercambiar ideas no sólo sobre qué se podía hacer en una terapia breve, sino sobre qué quería hacer y qué sentía que podía hacer el terapeuta que se ofreciera a tomar el caso después de la reunión con sus colegas.

Como se podrá observar en el capítulo 5, Michael Balint creía que no podía presentar sus impresiones sobre el paciente sino hasta después de una segunda entrevista, de modo que no completó el encabezamiento G de acuerdo con el formulario, sino que escribió: "G. Resumen a completar después de la segunda entrevista".

2. Informe de las sesiones

Decidimos incorporar un nuevo factor. El objetivo no era sólo analizar el propósito de la terapia e informar sobre datos importantes referentes a la relación médico-paciente, sino también registrar los procesos terapéuticos que habían comenzado a surgir entre ese médico en particular y ese paciente en particular. Los encabezamientos indican nuestros cambios de opinión sobre la importancia de estos diversos factores. Así, en el capítulo 5 se verá que estos encabezamientos cambian de vez en cuando, si bien la estructura general y los fundamentos son los mismos. Los encabezamientos estándar para los informes de sesión eran los siguientes:

A. Expectativas iniciales
B. Atmósfera de la entrevista incluyendo cambios, si los hubo
   1. Contribución del paciente
   2. Contribución del terapeuta
C y D. Principales tendencias e intervenciones terapéuticas verbalizadas
E. Intervenciones terapéuticas pensadas pero no verbalizadas
F. Objetivo focal del terapeuta en la entrevista
G. Desenlace de la entrevista
H. Reflexiones

El terapeuta, al describir su trabajo en función de este formulario, mostraba el proceso terapéutico al grupo del taller, y de este modo se podían observar las posibles inconsistencias en su trabajo

o en su pensamiento con mucha más claridad que, quizá, si hubiera hecho una exposición oral ante el grupo. Al grupo de trabajo le resultaba más fácil que al propio terapeuta ver qué estaba ocurriendo: por ejemplo, darse cuenta del efecto que una intervención o interpretación podía tener en la próxima sesión. Pero incluso para el terapeuta, la disciplina que implicaba tener que pensar sobre qué había hecho y por qué, cuál había sido el efecto, si había persistido en su intención inicial de trabajar sobre un foco en particular o no, y si no, por qué no, y analizar el resultado, dejaba muy poco lugar para un informe o una consideración deshonestos.

Los encabezamientos del informe del psicólogo sobre los resultados de los tests proyectivos guardan mucha semejanza con los de la entrevista inicial y los informes de la sesión. Se tomaban en cuenta los mismos factores, pero también se analizaban la estructura del carácter y la psicopatología del paciente, datos útiles para el control o la comparación. El psicólogo expresaba el resumen del diagnóstico y las consideraciones a favor y en contra del empleo de la terapia focal con términos psiquiátricos más tradicionales. Esta visión más tradicional, expresada de esta manera por un psicoanalista que también era psicólogo y un miembro más del taller, constituía un elemento indispensable de la estructura del taller. Si, como se señala en el capítulo 9, había demasiadas incongruencias entre los dos informes, es decir, entre la conducta del paciente en la situación de la entrevista psiquiátrica y en la de la entrevista psicológica, esto se tomaba como una contraindicación para el empleo de la terapia focal.

Los encabezamientos para los informes de seguimiento son los mismos que los de los informes de la sesión.

5

Historia del tratamiento, seguimiento y comentarios

Este capítulo es quizás el más importante de todo el libro. Contiene la historia del tratamiento del señor Baker desde la entrevista inicial hasta la sesión 27, la última del tratamiento, e incluye un seguimiento detallado de los resultados terapéuticos durante un lapso de más de seis años. Todos los demás capítulos giran alrededor de éste, sea porque preparan el camino para comprenderlo o o bien porque presentan conclusiones basadas en el material aquí presentado.

Toda la historia se presenta a través de los informes de la sesión que el terapeuta (MB) dictaba inmediatamente después de cada sesión. Ya analizamos en la introducción los pros y los contras de este tipo de registro. La mayoría de los informes de la sesión están seguidos de comentarios escritos por nosotros dos, en los que hacemos referencia a algún tema de la sesión anterior o analizamos los problemas que surgían en el curso de la terapia. A fin de ayudar al lector a seguir la evolución del tratamiento del señor Baker, en la página siguiente presentamos los hechos pertinentes a él en forma cronológica.

DESARROLLO CRONOLOGICO DEL TRATAMIENTO DEL SR. BAKER

Edad al comenzar el tratamiento	43
Edad al finalizar el tratamiento	44-45
Edad en 1970	53

		Fecha	*Intervalo*
Primera consulta	Sesión 1	8 de noviembre de 1960	
Fin período de diagnóstico	Sesión 2	14 de noviembre de 1960	6 días
Comienzo del tratamiento	Sesión 3	24 de febrero de 1961	15 semanas
Sesiones semanales hasta (incluída)	Sesión 13	12 de mayo de 1961	
Terminación tentativa	Sesión 14	23 de junio de 1961	6 semanas
	Sesión 15	11 de agosto de 1961	7 semanas
	Sesión 16	18 de agosto de 1961	7 días
Fecha probable de finalización del Taller de Terapia Focal, pero tratamiento continúa		agosto de 1961	7 semanas
Reanudación del tratamiento	Sesión 17	10 de octubre de 1961	
Dos sesiones semanales hasta (incluída)	Sesión 22	17 de octubre de 1961	
Una sesión semanal hasta (incluida)	Sesión 26	24 de noviembre de 1961	
Ultima sesión del tratamiento	Sesión 27	11 de febrero de 1962	
Primer seguimiento por carta 1		30 de abril de 1962	(aprox.) 6 meses
Primera sesión de seguimiento	Sesión 28	2 de agosto de 1962	8 meses
Seguimiento por carta 2		5 de abril de 1963	2 años
Seguimiento por carta 3		14 de abril de 1965	
Segunda sesión de seguimiento	Sesión 29	25 de noviembre de 1966	4 años 3 meses
Carta del terapeuta al clínico		1 de marzo de 1968	
Respuesta del clínico		4 de marzo de 1968	
Primer test psicológico		24 de octubre de 1960	
Repetición del mismo test		14 de abril de 1961	
Retest		20 de julio de 1961	

FORMULARIO DE LA ENTREVISTA INICIAL

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: Michael Balint

FECHA DE LA CONSULTA: 8 de noviembre de 1960

NOMBRE DEL PACIENTE: Sr. Keith Baker

EDAD: 43

OCUPACION: Director de una compañía

A. DERIVACION

Llamada urgente de larga distancia de un médico clínico muy capaz que ya me había derivado algunos pacientes, todas excelentes derivaciones. Me pidió que viera a uno de sus pacientes, un hombre muy enfermo a quien un psiquiatra quería internar. Hace bastante tiempo que conozco al psiquiatra en cuestión y mantenemos una relación cordial. Como no estaba muy seguro del pronóstico al que había llegado, insistió en que se le administrara el test de Rorschach, cuyo resultado pareció confirmar su pronóstico. Fue entonces que el médico clínico decidió llamarme. Claro está, le pedí a este último que me trajera una carta del psiquiatra y el informe del test de Rorschach, cosa que hizo a la mañana siguiente. En la carta el psiquiatra expresó su gran alivio al enterarse de que alguien compartiría su responsabilidad.

B. 1. ASPECTO Y ACTITUD DEL PACIENTE

Hombre vestido en forma correcta pero no demasiado cuidadosa, callado pero cortés. Obviamente bajo presión, pero capaz de controlarla. Presentó su historia de manera sistemática pero no rígidamente.

2. QUEJAS

Preocupación creciente por los sentimientos de su esposa hacia un joven que la había cortejado antes de su casamiento, hacía ya unos veinte años, y con quien ella no se había vuelto a poner en contacto.

3. MOTIVO APARENTE DEL PACIENTE PARA HACER LA CONSULTA

El paciente había sufrido una crisis hacía unos seis años, cuya severidad perduró algunos meses y luego mejoró en forma gradual; en total, el episodio duró unos 18 meses. Hace unas pocas semanas se presentó un cuadro similar, aunque no tan severo, lo que lo llevó a hacer la consulta psiquiátrica y a esta derivación.

C. ANTECEDENTES

El paciente viene de una antigua familia protestante de la costa oriental, de varias generaciones dedicadas a la impresión y la papelería. Concurrió al colegio hasta los 16 años, se graduó y desde entonces trabaja en la compañía de la familia. Hace poco tiempo el padre le vendió a sus tres hijos una cantidad significativa de acciones, de modo que ahora controlan la empresa. El padre es presidente del directorio y los tres hermanos son gerentes en un mismo nivel. Trabajan muy bien juntos; el hermano mayor, unos siete años mayor que él, es seguro y razonable, un excelente apoyo, en tanto que el paciente es quien busca el crecimiento de la empresa con ideas nuevas. El tercer hermano es tres o cuatro años menor que el paciente y está a cargo de la administración.

Durante la guerra el paciente estuvo en Chipre, donde conoció a su esposa actual, una mujer nacida en Turquía. Se enamoraron a primera vista. El tenía unos 24 años. Ya había tenido relaciones con varias mujeres, en su mayoría prostitutas, pero nada serio. Ella fue la primera mujer en serio en su vida. Gran resistencia por parte de la familia de la mujer, especialmente el padre, por motivos raciales y religiosos. Hubo caricias amorosas pero no llegaron a tener relaciones sexuales a pesar de que en una oportunidad ella se lo sugirió. Esto ocurrió muy poco antes de que lo enviaran a la India.

Allá fue, muy cerca del frente de Burma, donde trabajó duro y se escribió a menudo con su futura novia. Contrajo disentería y fue internado. Como no recibió entonces ninguna carta, se puso muy nervioso, mandó un telegrama y luego, al cabo de un tiempo, recibió una carta en la que ella le contaba que había conocido a un

oficial joven y se habían enamorado. No sabía a cuál de los dos elegir. El le escribió implorándole que se quedara con él y ella respondió que se había decidido y que había terminado su relación con el oficial, quien ya se había marchado. Finalmente, el paciente regresó a Chipre. Eran muy felices pero aún no se habían comprometido. Fue enviado a Italia, donde permaneció hasta el final de la guerra. Después regresó a Chipre y se casó con la joven. Cree en Dios pero no en los ritos.

El matrimonio fue muy feliz desde el comienzo. Tienen tres hijos que, según él, no tienen problemas de adaptación.

Cuando le dieron de baja en el ejército volvió a trabajar en la empresa de la familia, la que, principalmente como resultado de su influencia, ha alcanzado la excelente situación actual. Este es un hecho reconocido por todos.

D. 1. CONCEPCION QUE EL PACIENTE TIENE DE SI MISMO

Es confiable, razonable, cariñoso y tiene imaginación y empuje. Muy perturbado por sus preocupaciones; siente que necesita ayuda para salir de la situación en que se encuentra. Está bastante seguro de que de este modo saldrá adelante.

2. CONCEPCION QUE EL PACIENTE TIENE DE OTRAS PERSONAS

El padre: un poco anticuado y rígido, pero se lleva bien con él. *La madre:* no la mencionó. *El hermano mayor:* seguro, realista, muy responsable. Se complementan muy bien. *El hermano menor:* muy trabajador, ningún problema. *La esposa:* encantadora, cálida y muy cariñosa. No se podría imaginar a nadie más adecuada para él, pero no entiende cómo ella puede haber sentido por otro hombre algo semejante a lo que siente ahora y sintió antes por él. *Los hijos:* saludables, sin problemas de adaptación, una fuente de verdadero placer y afecto.

E. RELACION MEDICO-PACIENTE

1. *Manera como el paciente trató al médico.* Una profunda necesidad de hablar con alguien que pueda ayudarlo a solucionar su

doloroso problema; luego, surgimiento de la esperanza de haber encontrado a la persona adecuada y, por último, una seguridad muy halagadora, casi infantil, de que esto ha ocurrido y de que ahora ya puede comenzar a trabajar.

2. *Manera como el médico trató al paciente.* Procuró manejarse con mucha cautela,[1] pero no pudo dejar de responder de modo positivo a su actitud aparentemente sincera y cálida. Por supuesto, yo había percibido su naturaleza paranoide y su homosexualidad latente. Aun así, su actitud, mezcla de súplica y halago, se hacía sentir con fuerza.

F. RASGOS SALIENTES DE LA ENTREVISTA

De hecho, se percibía la típica atmósfera paranoide de la inexorabilidad. No podía comprender cómo sucedió que su esposa hubiera podido sentir afecto por otro hombre, aunque sí comprendía que era posible que hubiera sentido atracción sexual. Así, la presionaba hasta que le proporcionaba hasta el más mínimo detalle sobre qué había pasado entre los dos: en qué momento y cómo se habían besado, qué parte del cuerpo le había tocado, qué había sentido en ese momento, etc. La respuesta de la esposa también era la típica; primeramente procuraba restarle toda importancia, luego trataba de engañarlo con subterfugios para después, desesperada, negar absolutamente todo y, por último, ya vencida, contarle al marido todos los detalles que él le pedía sólo para que él le pidiera aun más detalles para los que ella no tenía respuesta, y así sucesivamente. Esta situación se repitió durante varios años, tiempo en el cual la esposa cayó en muchas contradicciones, lo que hacía necesario separar lo verdadero de lo falso, admitir lo primero y rechazar lo segundo.

Después de escuchar esta historia triste y muy dolorosa, la hice a un lado, no en forma brusca sino con amabilidad, y le dije que aparentemente lo importante no eran los detalles sino lo que él sentía a raíz de todo esto, y que era probable que necesitara que

[1] Es decir, sin estar demasiado de su lado, tampoco severo en exceso de su conducta.

alguien actuara como una tabla de armonía que le devolviera sus ideas fugaces, fantasías y emociones de modo que, en vez de desaparecer en el limbo, dejaran algún tipo de impresión sobre él.[2] Este comentario debe de haber movido algo muy profundo en él porque volvió al tema en varias oportunidades en el curso de la entrevista. Es más, su gratitud por esa pequeña prueba de comprensión era conmovedora.

Hacia el final de la entrevista le propuse que invitara a su esposa a subir (ella estaba esperando en la planta baja y quería tener una palabra conmigo después de la entrevista), a lo cual accedió con entusiasmo. Conversé con los dos durante un cuarto de hora. Se trata de una mujer de 40 años de edad, muy elegante, de piel oscura, nacida en Turquía; agradable, cariñosa y tierna con su marido, pero sin saber muy bien cómo expresarlo. Con todo, no cabía duda alguna de que eran el uno para el otro. Su historia coincidía en todo con la de su marido. Fue notable como admitió sin dificultad todas las contradicciones existentes entre sus versiones sobre su relación con el otro hombre y no sintió la menor vergüenza en expresarlo. Considero que ésta es una indicación confiable en lo que se refiere a la relación entre ambos y quizás a la severidad del trastorno de su marido.

Al finalizar la entrevista, el Sr. Baker me pidió que nos volviéramos a ver lo antes posible, de modo que convinimos en reunirnos el lunes 14 de noviembre.

G. RESUMEN

A completar después de la segunda entrevista.

SESION 2 - 14 de noviembre de 1960

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 6 días.

[2] Este es un ejemplo de la técnica de entrevista en la terapia focal durante el período de diagnóstico. Deliberadamente damos interpretaciones o exponemos al paciente a alguna situación en la que se le causa un incremento de tensión con el fin de ver si es capaz de seguir trabajando y usando la nueva experiencia de modo constructivo.

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Reducir un poco la tensión y fomentar su actitud cordial hacia mí, algo teñida de homosexualidad.

B. ATMOSFERA DE LA ENTREVISTA INCLUYENDO CAMBIOS, SI LOS HUBO

1. *Contribución del paciente.* De hecho, ocurrió mucho más que eso. Estaba muy agradecido y me dijo que después de la última entrevista él y su esposa habían logrado comprenderse. Veían toda la situación con otra luz. Volvió a su casa y por primera vez en varias semanas pudo conciliar el sueño sin recurrir a ningún barbitúrico; descansó muy bien y, a la mañana siguiente, se levantó sintiéndose mucho mejor. En realidad, se siente tan bien que está considerando la posibilidad de volver al trabajo en forma gradual a partir de esta semana.

2. *Contribución del terapeuta.* Me manejé con cautela, pero una vez más no pude dejar de responder a este cálido recibimiento y procuré, en particular en la segunda parte de la entrevista, comenzar a trabajar. Sus respuestas fueron algo ambiguas.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS E INTERVENCIONES TERAPEUTICAS VERBALIZADAS

En primer término, le pedí algunos datos que no había tenido tiempo de preguntarle en la primera entrevista. Me enteré de que, desde el momento en que se casaron, cada tanto se preguntaba cómo había podido ocurrir que su esposa sintiera algo por el otro hombre, pero esto no lo había enfermado. A mediados de la década de 1950 sufrió la primera crisis: no se podía levantar de la cama, se sentía muy cansado, dormía mucho y su preocupación se le hizo casi intolerable. Durante tres o cuatro semanas lo único que deseaba era estar a solas y en paz con su mujer. Luego comenzó a mejorar, empezó a trabajar algunas horas por día y en cuatro o cinco meses volvió a su horario habitual. Cuando le pregunté qué otros hechos se habían producido por la misma época, me enteré de que se había mudado a la nueva casa que había construido para su mujer y su familia algunos meses antes de la crisis y de que su suegro, por el

que sentía gran afecto, había fallecido por ese entonces, quizás algo más tarde.

Se sintió bien hasta la primavera de 1959, fecha en que se tomó unas vacaciones, y el mismo tipo de depresión se apoderó de él, con la misma preocupación de antes. Esta idea no ha dejado de ocupar su mente, con algunos períodos de exacerbación (durante uno de los cuales por primera vez le refirió todo el asunto a su hermano mayor), pero siguió trabajando hasta principios de octubre, cuando sufrió la crisis que lo llevó a recurrir al primer psiquiatra. Ante una pregunta que le hice añadió que en la primavera de 1959 él y sus dos hermanos se habían convertido en los principales accionistas del negocio de su padre.

Le hice otra pregunta acerca de quiénes conocían su preocupación. Aparte de su mujer, lo saben sus dos hermanos, un amigo muy íntimo que conoce desde que ambos tenían 8 años y sus médicos. Nadie más.

Se refirió a sus planes para el futuro. Le gustaría regresar a la oficina y a la fábrica durante dos medio días esta semana y, si puede soportarlo, quedarse cada vez más tiempo hasta poder reincorporarse plenamente a su trabajo. Tiene deseos de pasar la Navidad en su hogar ya que él y su esposa son los únicos que tienen residencia fija en la familia de su mujer. Los hermanos y hermanas de ésta, con excepción de uno de ellos, emigraron de Chipre y están dispersos por todo el mundo y, en general, sin residencia permanente. Dos de los hijos de su cuñado viven en la actualidad con el paciente. Este agregó, con una sonrisa, que él y su suegro se tenían un enorme afecto mutuo, aunque no hablaban el mismo idioma: su suegro sólo hablaba turco, pero solía decir que le habría gustado que todos sus yernos fueran ingleses.

Luego el paciente volvió a su preocupación: ¿cómo podía ser que su esposa, que en realidad lo amaba, pudiera confundir su excitación sexual con un amor tierno por otro hombre? Primero intenté obtener asociaciones sobre la posibilidad de que su mujer se sintiera defraudada con él porque no insistió más antes de partir a la India. Aunque el paciente lo admitió en principio, presentó tantos argumentos en contra –un oficial debe solicitar permiso al cuartel general para casarse, lo cual lleva unos seis meses; por lo general, las

solicitudes de este tipo están seguidas de un traslado, etc.– que al cabo de un rato se había convencido a sí mismo de que había hecho lo correcto. Agregó que quizás había sido precisamente el mostrarse tan considerado con su esposa lo que le había permitido ganar su amor.

Después me dijo que ahora que conoce todos los hechos y que por fin él y su mujer se comprenden, cree que lo único que necesita es tiempo para asimilar lo sucedido, tras lo cual todo será más fácil. En el pasado le resultaba imposible decir a su mujer lo que realmente quería y ella no podía comprender sus exigencias, y fue así como se vieron envueltos en tantos malentendidos y contradicciones. Ahora todo eso se ha aclarado y el paciente tiene confianza en el futuro. Enseguida se contradijo porque volvió a sus obsesiones paranoides y me preguntó cómo era posible que su esposa creyera que se había enamorado del otro hombre. Una vez más traté de que las asociaciones no tuvieran que ver con su pareja ausente sino con la presente (yo mismo), señalándole que durante varios años había podido tolerar este problema sin mayores dificultades, pero que algo debía haberle ocurrido hacía seis años, y luego un año y medio atrás, para provocarle la crisis. Quizá, si pudiéramos averiguar qué significaban esas cosas para él, se encontraría entonces en mejores condiciones de impedir que se repitiera. Mi intervención no lo hizo muy feliz pero, en lugar de manifestarlo, volvió a hablar sobre su preocupación paranoide. Le hice una interpretación sin demora para mostrarle que hablábamos de dos cosas distintas: él sobre cómo era posible que su mujer hubiera hecho ciertas cosas y yo sobre qué hechos habían contribuido para las dos crisis. Aceptó este comentario y no hizo nada para modificar las cosas, pero es importante señalar que a pesar de todo su relación cordial conmigo no cambió.

Habíamos llegado al final de la sesión por lo cual nos ocupamos de los planes para el futuro. El Sr. Baker había pensado que el tratamiento sería sintomático, lo que él llamaba aprender a aceptar lo que había descubierto hacía poco sobre su mujer, utilizándome como una suerte de tabla de armonía, en cinco o seis sesiones a lo sumo. Por mi parte, le señalé que me proponía averiguar qué le había ocurrido para que se desencadenaran las dos crisis y esti-

mé que para ello se requerirían entre diez y veinte sesiones. Me pidió que le escribiera a su médico, prometió hablar del asunto con su mujer y posteriormente con el médico, y dijo que luego me avisaría. Nos separamos en buenos términos: me dio la mano en forma cálida y me agradeció profundamente lo que había hecho por él.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Fueron las siguientes: sus celos homosexuales latentes con respecto a otro hombre, por un lado, y sus sentimientos de inferioridad frente a éste, por el otro; tampoco intenté poner de manifiesto sus posibles sentimientos de culpa por tener una hermosa casa nueva, por sobrevivir a su suegro, es decir, triunfar sobre él, y conquistar a su padre al comprar sus acciones en la empresa. Y, por último, no le señalé su necesidad de mantener una relación cordial con cualquier hombre que signifique algo en su vida ni la importancia que esto tiene para la relación transferencial en desarrollo.

F. OBJETIVOS FOCALES

En la primera parte de la entrevista creía haberlos encontrado en los sentimientos de culpa provocados por sus triunfos sobre sus rivales homosexuales –el otro oficial en Chipre, su suegro, su padre–, pero es muy posible que este objetivo fuera demasiado ambicioso. En este caso, un objetivo secundario podría permitirle, en la transferencia, encontrar un hombre con el que pudiera compartir (simbólicamente) a su mujer.

G. DESENLACE

Debe describirse como de empate. No pudo convencerme, pero yo tampoco pude lograr que modificara su actitud. Empero, este resultado no es en absoluto terapéutico.

H. RESUMEN

El diagnóstico es incuestionable: una paranoia de celos con todos los rasgos clásicos del carácter obsesivo, la homosexualidad latente,

etc. La evolución lenta, pero inmodificable corresponde a este mismo cuadro. El desarrollo de un sistema paranoide propiamente dicho es el resultado de toda una vida.

Terapia posible:

(a) Análisis. No quiere intentarlo; lo teme, y es dudoso que pueda pagarlo, sea en función de tiempo o de dinero. Otro interrogante: ¿cuánto puede hacer el análisis para modificar de manera radical una paranoia de celos?
(b) Terapia focal: foco elegido por mí. (Sentimientos de culpa provocados por el triunfo sobre el rival homosexual.) Respuesta negativa del paciente.
(c) Terapia focal (sintomática): foco escogido por el paciente. (Compartir a su esposa con un hombre, esto es, el terapeuta en la transferencia.) Se podría utilizar como vía de acceso pero el riesgo es que se acepte como la totalidad de la terapia.

Puntos a favor:

(a) Excelente estructura yoica, muy buen desempeño laboral, éxito en los negocios. Relación amorosa íntima y excelente con la esposa, vida sexual satisfactoria, posibilidad de una comprensión armoniosa entre ambos.
(b) Ideas paranoides estrictamente limitadas que no se extienden a otras áreas.

Puntos en contra:

(a) Duración prolongada, mínimo 20 años, avance progresivo.
(b) Reacción positiva en tanto me mantenga fuera de su círculo paranoide; a la defensiva en cuanto trato de tocar el tema.

Decisión:

Convinimos que después de tratar el tema con su esposa y su médico me llamaría por teléfono para comunicarme su decisión.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 2

En la sesión 2 el terapeuta se sintió bastante seguro como para intentar una segunda interpretación que expresaba de manera explícita que no bastaría con que el paciente hablara sólo sobre su esposa, es decir, la pareja ausente, y lo que ella pudiera o no haber sentido en Chipre cuando vaciló entre los dos hombres. También era necesario averiguar qué conflictos en el Sr. Baker habían provocado la crisis que sufrió seis años atrás, que se repitió hacía un año y medio y que se repetía ahora por segunda vez.

Aunque el paciente aceptó esta propuesta en principio, no pudo colaborar así. Esta podría ser una de las causas que lo llevaron a alejarse del tratamiento durante 15 semanas y a regresar sólo movido por un serio deterioro de su estado. Desde luego, pueden haber existido otros motivos para esta demora; por ejemplo, como todos sabemos, algunos pacientes necesitan este período para tomar la decisión de iniciar una terapia.

Quizá convenga decir algo sobre los dos focos elegidos. La elección refleja las ideas del terapeuta con respecto a la posible etiología dinámica de la enfermedad. En su opinión, se trataba de un caso bastante clásico de paranoia de celos, con las tres fuentes clásicas, a saber, erotismo anal, homosexualidad y tendencias obsesivas rígidas. El terapeuta consideró en este caso que el factor más importante era la homosexualidad del paciente quien no podía tolerar que existieran hombres que no lo amaran. Con los términos distorsionados por la proyección del paciente esto equivale a lo siguiente: los hombres competirían con él por el amor de su mujer y se convertirían en sus rivales, es decir, en sus enemigos, en lugar de amarlo. Lo que no podía aceptar era que, en el caso de su esposa, hubiera derrotado a su rival, lo cual constituyó la prueba definitiva de que su rival sería para siempre su enemigo y jamás podría amarlo. Fue en este sentido que el primer objetivo focal se consideró también el más ambicioso: darle la oportunidad de que acepte su victoria final, es decir, el hecho de que nunca podrá gozar del amor de su rival.

El segundo objetivo focal se describe como "sintomático" porque, al compartir simbólicamente a su mujer, prescinde de la

victoria, no hay un conquistador, por lo que los hombres no necesariamente tienen que odiarse. Siempre queda la posibilidad de una coexistencia armoniosa. Desde luego, esto se basa en pasar por alto la prueba de realidad. Expresado con términos homosexuales, el objetivo focal ambicioso significa que se podía librar del apego homosexual en la medida en que le sea posible derrotar a su rival. El segundo objetivo implica una fórmula de transacción: la importancia del rival quedaría reducida pero el paciente deberá compartir simbólicamente a su esposa con él para así conservar su afecto.

SESION 3 - 24 de febrero de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 15 semanas.

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Su médico de cabecera me llamó ayer para pedirme una consulta urgente, ya que el Sr. Baker había empeorado en los últimos días. Mientras tanto, lo tiene en observación pero no ha hecho mucho. Me correspondía a mí decidir si debía iniciar o no el tratamiento.

Supuse que me encontraría con un serio deterioro del estado paranoide y una situación próxima a la crisis.

B. ATMOSFERA DE LA ENTREVISTA INCLUYENDO CAMBIOS, SI LOS HUBO

1. *Contribución del paciente.* Se lo veía más bien macilento, enfermo, y si bien su actitud era compuesta, estaba deprimido. Sin duda, no se había producido aún la crisis. Ha trabajado desde la última entrevista. Se encontraba realmente preocupado por su estado actual y me pidió ayuda.

2. *Contribución del terapeuta.* Comprensiva, tratando de ayudarlo a acercarse a su compleja formación reactiva contra la homosexualidad latente.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS E INTERVENCIONES TERAPEUTICAS VERBALIZADAS

1. Todo marchó bastante bien con el Sr. Baker hasta hace algunas semanas cuando su esposa acudió a ver al médico de cabecera. Cuando su marido le preguntó por qué lo había hecho, le respondió

que no podía seguir tolerando esa situación y que había sentido necesidad de hablar con alguien al respecto. Siguió una prolongada discusión en la cual la esposa anunció que muchas de las historias que le había contado obligada por su insistencia eran inventos destinados a tranquilizarlo y lo que en realidad había ocurrido entre ella y el otro oficial en Chipre era lo que le había contado al comienzo, tanto en las cartas como cuando se encontraron al regreso del Sr. Baker de la India.

Esto significó un golpe para el paciente por dos motivos. En primer lugar, comprendió cuán intolerable debía haber sido su actitud para su esposa y, en segundo, volvió a vacilar su confianza en la veracidad de ella. Además, ha tenido muchas dificultades en la obra y en estas últimas dos semanas tuvo que enfrentar toda clase de desperfectos mecánicos, lo cual lo ha sometido a una gran tensión. Dejé de lado todos los hechos externos e interpreté su crueldad y su actitud implacable para con su mujer. Era evidente que se había sentido muy herido por ella y que se había tomado una cruel venganza.

2. Aceptó este comentario sin dificultad y luego describió lo profunda que era su herida. Le resultaba imposible olvidarla o escapar de ella. Aunque comprende que esto también lastima a su mujer, no puede abandonar su actitud porque siente que ella lo defraudó profundamente por su incapacidad para comprender lo que significaba todo eso para él. Aquí intervine y le señalé que es imposible olvidar o escapar de una herida y que lo único que se puede hacer es aceptar este hecho y vivir con él, pero evidentemente eso es lo que no podía hacer y entonces le repetí que por eso debía vengarse.

3. Comprendió entonces que esa herida debía tener una significación especial para él ya que en otras ocasiones de su vida también se sintió lastimado pero pudo aceptarlo, cosa que no le ocurría ahora. Acepté esta aclaración y agregué que eso significa que la herida comenzó mucho antes de que Farah (su mujer) apareciera en su vida, es decir, que debía tener una larga historia previa.

4. Aceptó mis palabras y a partir de ese momento seguimos hablando sobre su sentimiento de inferioridad frente a cualquier otro hombre; todos los hombres son mejores, más grandes o más atractivos, lo cual significa que ellos lo vencerán; esto se veía corroborado

por diversos detalles relacionados con el oficial (el hombre que había cortejado a su futura mujer mientras el paciente se encontraba en la India). Todos los detalles con respecto a ese hombre eran interpretados por el Sr. Baker como una prueba de que el otro era mejor que él. Entonces le mostré que esos mismos detalles permitían la interpretación opuesta, a saber, que el Sr. Baker era superior. Se mostró muy sorprendido y no dejó de sentir el efecto de mis palabras.

5. Luego nos referimos a sus experiencias con diversas mujeres antes de su partida a Chipre. Se trataba en realidad sólo de prostitutas y de una joven del lugar, una "mujer fácil". También hubo otras jóvenes, pero siempre se apartó de ellas cuando sintió que se interesaban por él y que querían hacer el amor. Relató dos episodios en forma detallada: uno sucedió cuando el Sr. Baker tenía 20 años y una joven, con la que salía desde haçía algún tiempo, se puso histérica porque él no le hizo el amor; el segundo, ocurrido durante la primera parte de la guerra, se refería a una joven de la que el paciente huyó una noche y junto a la cual regresó a la noche siguiente para encontrarse con que ella había perdido todo interés. Por fin se dio cuenta de que lo que en realidad temía era que alguna de ellas quedara embarazada.

6. Nos detuvimos ahí porque la sesión ya había terminado y me dijo que quería iniciar un tratamiento. Le propuse verlo una vez por semana durante un tiempo para decidir si de esta forma podíamos lograr algo o si, en realidad, necesitaba análisis. Estuvo de acuerdo pero me preguntó si debía continuar hablando de estos episodios con su esposa o abstenerse de hacerlo. Le dije que no podía darle instrucciones y que debía hacer lo que le pareciera adecuado. Lo único que le pedía era que me contara francamente lo que había hecho cuando acudiera a la próxima sesión. Arreglamos volver a encontrarnos el viernes siguiente.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Me estoy acercando a los celos del Sr. Baker del otro hombre, pero consideré que no era el momento de interpretarlos. La otra inter-

pretación posible hubiera sido su gran confianza en mí, que también tiene un matiz homosexual sublimado muy intenso. Me propongo hacerlo pronto.

F. OBJETIVOS FOCALES

Al finalizar la sesión, leí lo que yo había dicho en la sesión 2 sobre los objetivos focales. Creo que debe repetirse aquí en forma textual.

G. DESENLACE

Incierto, pero no imposible. No hay duda de que algo se movilizó en él y veremos qué sucede.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 3

Un intervalo de 15 semanas siguió a la sesión 2, posiblemente plagado de dolorosas vacilaciones por parte del paciente. Por un lado, la terapia propuesta significaba que debía renunciar gradualmente a su interés homosexual por su rival, transformarlo en amor heterosexual y transferirlo a su esposa. Debe haber sentido que se trataba de una exigencia enorme y su primera respuesta consistió en tratar de averiguar si podía evitar este cambio. Cuando el intento fracasó y su estado empeoró, su médico le aconsejó una terapia.

Las características del tratamiento descritas en la Sección C y D 1, 2 y 3 podrían haberse tomado como base para un foco alternativo. De hecho, se hubiera justificado hacerlo porque el problema de la crueldad (no del odio) ha vuelto a aparecer una y otra vez en las sesiones siguientes. Ello significa que si se hubiera elegido la crueldad como área focal, el terapeuta no habría tenido dificultad alguna en orientar las asociaciones del paciente en esta dirección. Lo cierto es que el terapeuta no modificó su foco e incluso es dudoso que haya considerado esa posibilidad o necesidad. Ahora bien, al reflexionar al respecto podemos tratar de reconstruir las posibles razones para no modificar el foco. En líneas generales, hay dos grupos de consideraciones. Uno de ellos tiene que ver con que la crueldad es una noción algo general, lo cual significa que el área focal habría sido demasiado amplia y mal definida. El otro grupo de consideración es una suerte de regla práctica: no se debe abandonar un foco sólo porque surge otra idea atractiva; para cambiar el foco se deben tener pruebas claras de que el o los focos originales constituían una elección errónea y probablemente no darían buenos resultados. Estas pruebas no existían en ese momento ni surgieron más tarde.

Fue en esta sesión que surgió por vez primera y con claridad el tema del sufrimiento, de provocar dolor, y fue posible trabajarlo. Resulta difícil saber quién hizo alusión directa a este tema esta primera ocasion, es decir, si fue el paciente o el terapeuta. Lo importante es que surgió en la labor conjunta. Desde el comienzo mismo apareció en esta forma doble, a saber, el Sr. Baker debía atormentar a su esposa porque ella lo había lastimado mucho, y muy pronto (véanse, por ejemplo, las sesiones 12-24 y 17-18) habría de surgir el tercer aspecto, a saber, que al atormentar a su esposa también se atormentaba a sí mismo.

Si bien la intensidad de esta situación sufrió grandes oscilaciones hasta que por fin se resolvió, como se describirá en el seguimiento, su configuración se mantiene invariable.

En esta sesión, a pesar de lo ocurrido en la sesión 2, el terapeuta prosiguió con su tarea interpretativa con cierta cautela. No se detuvo cuando observó que sus interpretaciones le resultaban penosas al Sr. Baker. Fue el terapeuta quien propuso la palabra "cruel" en lugar de "molestoso" y la mantuvo. En esta sesión el Sr. Baker pudo aceptar la interpretación ofrecida y un interesante aspecto de su psicopatología se puso de manifiesto: se sentía herido por las mujeres porque lo rechazaban y herido por los hombres porque eran mejores y superiores.

SESION 4 - 3 de marzo de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 días

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Esperaba cierta mejoría y una intensificación de nuestra amistad homosexual sublimada, pero recibí más aun.

B. ATMOSFERA DE LA ENTREVISTA INCLUYENDO CAMBIOS, SI LOS HUBO

1. *Contribución del paciente.* Muy honesto y cálido, tratando con toda sinceridad de salir adelante con su problema. Desde luego, persistió la atmósfera cordial y amistosa característica de una relación homosexual pasiva.
2. *Contribución del terapeuta.* Aceptar esto y tratar de utilizarlo para promover la tarea.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS E INTERVENCIONES TERAPEUTICAS VERBALIZADAS

1. Las cosas marchan mucho mejor. No hubo tensión durante toda la semana salvo en una oportunidad en que había tenido un día de mucho contacto social. Luego tuvo otra discusión con Farah, que le permitió aclarar satisfactoriamente algunos temas. Ambos aceptaron que los sentimientos de Farah eran más de índole sexual que sentimental y al Sr. Baker le pareció aceptable que en su ausencia otro hombre pudiera excitar a una mujer joven de esa manera (tenía poco más de 20 años).
2. Continuó diciendo que el motivo por el cual no podía aceptar los hechos y olvidarlos debía estar vinculado con sus experiencias en la infancia y la adolescencia, sobre todo en relación con su padre. Este es un hombre de muy mal carácter que constantemente humilla a casi todos los miembros de la familia: al paciente, a su hermana, a su madre, etc. Incluso ahora, cuando su padre entra en la oficina y no está de buen humor, el Sr. Baker se siente inseguro y algo atemorizado.

Un recuerdo muy temprano, quizás el más temprano, lo ubica acostado en la cama durante la noche. Hay una lámpara a gas encendida y el padre entra en la habitación con un hierro al rojo vivo en la mano, la dentadura postiza asomándole entre los labios y con el aspecto general de un monstruo terrorífico.

3. Sin ninguna interrupción el paciente recordó que cuando asistía a la escuela de pupilaje a los doce años y medio, aproximadamente, otro muchacho, un celador, comenzó a acariciarlo cuando se apagaron las luces. Uno de los maestros las encendió y los sorprendió con

las manos en la masa, es decir, su compañero estaba sentado en su cama y lo masturbaba. Hubo gran escándalo por este episodio. El director lo castigó severamente y el celador fue expulsado.

Luego, cuando tenía unos 15 años, tuvo una tierna amistad con otro compañero, un poco mayor que él, pero por alguna razón se pelearon. Su amigo se sintió muy mal y cuando se apagaron las luces se acercó a hacer las paces. También se sentó en la cama del Sr. Baker, pero no ocurrió nada más. Otro maestro los sorprendió pero en esta ocasión no sucedió nada en forma inmediata. Cuando volvió a su casa al finalizar las clases, sin embargo, el padre le mostró una carta del director en la que le describía el incidente y le pedía que hiciera algo al respecto. El paciente se sintió tan atemorizado que corrió a refugiarse en su madre y le dijo que no podía soportar a "ese hombre", refiriéndose a su padre. Aún así tuvo que abandonar el refugio materno y su padre "le hizo sentir sus latigazos verbales", de modo que se sintió terriblemente pequeño.

4. Durante todas estas vacaciones el padre jamás dejó pasar la oportunidad de humillarlo, haciendo alusiones a su conducta en la escuela.
5. No sin vacilar, me relató otro incidente. Vivían en una aldea donde, según su padre, ningún muchacho era digno de estar en compañía de sus hijos, de modo que el paciente no tenía amigos salvo, sorprendentemente, un muchacho judío que sigue siendo su mejor amigo hasta el día de hoy. Debido a su aislamiento, se vio obligado a volver a rondar por la imprenta y se hizo amigo de un ingeniero que trabajaba para su padre. Cierto día, cuando tenía unos ocho años, llegó al taller con las manos en los bolsillos de los pantalones; el hombre le preguntó qué hacía con las manos, le desabrochó el pantalón y lo masturbó ahí mismo. Esa fue la primera vez que el Sr. Baker experimentó un orgasmo y cree que ese episodio marcó el comienzo de su período de masturbación, que duró aproximadamente doce años, y durante el cual su amistad con el ingeniero se renovaba cada vez que regresaba de la escuela.
6. En ese momento intervine para señalar que las experiencias de su infancia y su adolescencia despertaron en él el sentimiento de que no era un verdadero hombre, de que los demás hombres eran superiores a él y de que indefectiblemente debía perder cada vez que

competía con uno de ellos, como por ejemplo, con su padre o el otro oficial. Vinculé el hecho de que hubiera podido referirme este material bastante embarazoso con el hecho de que en la última sesión le había interpretado sus incesantes interrogatorios como una crueldad para con su mujer. Ahora *él* debía contarme todos estos detalles embarazosos. Aceptó esta relación y luego siguió un diálogo algo vago en el que él vinculó su sentimiento de inferioridad con respecto a otros hombres con su incapacidad para aceptar cualquier versión del incidente entre su esposa y el hombre como verdadera. En particular, destacó que le preocupaba menos que su esposa se sintiera sexualmente estimulada que la perturbadora posibilidad de que hubiera amado a su rival.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Interpretar la crueldad para con su esposa como una expresión de sus celos homosexuales latentes, es decir, de su amor por el rival.

F. OBJETIVO FOCAL

Sin modificaciones. Estoy cada vez más seguro de que se podrá interpretar abiertamente la versión más ambiciosa, es decir, su amor por el padre y por cualquier hombre fuerte, así como su incapacidad para ganar cuando compite con ellos.

G. DESENLACE

Creo que se han hecho buenos progresos.

SESION 5 - 10 de marzo de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 días.

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Después de la última sesión esperaba obtener más material relacionado con su homosexualidad y lograr la transferencia.

B. ATMOSFERA DE LA ENTREVISTA INCLUYENDO CAMBIOS, SI LOS HUBO

1. *Contribución del paciente:* muy aliviado pero aún sinceramente preocupado; trabaja mucho.
2. *Contribución del terapeuta:* acepto este hecho y ayudo al paciente a seguir adelante con la tarea.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS E INTERVENCIONES TERAPEUTICAS VERBALIZADAS

1. Primera mejoría considerable que menciona el paciente. Se sintió bien durante toda la semana excepto en una ocasión, en que experimentó una suerte de retroceso. Fue la tarde del martes cuando, como por lo general le ocurre cuando tiene un compromiso social, se sintió tenso y nervioso. Se trataba de una reunión con su primo, en cuya compañía el Sr. Baker siempre se siente inferior.

Regresó a su casa para almorzar como es habitual los martes y volvió a interrogar a Farah, lo cual hizo que al paciente se le llenaran los ojos de lágrimas. Cuando le pregunté que era lo que lo desesperaba tanto, contestó que se sentía terriblemente solo. En esta oportunidad interpreté que parecía que no podía estar seguro de que alguna vez tuvo, o que jamás tendrá, una esposa que lo ame.
2. Aceptó esto de inmediato y lo vinculó con la relación con su padre. El Sr. Baker repitió que su padre siempre ha "limpiado el piso" con él y hasta hace poco nunca estuvo seguro de que su padre, en un ataque de ira, no cambiara el arreglo que habían hecho con respecto a la imprenta y, por ejemplo, lo dejara todo a su hija para humillar a los tres hijos varones. A pesar de que este aspecto ya se ha arreglado en términos legales, el Sr. Baker aún no se siente muy seguro. Interpreté que, según parecía, no sólo estaba dominado por su padre, sino que de alguna manera no podía rebelarse en contra de él; espera, y quizá desea, ser dominado. No pudo aceptar esta interpretación de inmediato, y objetó que siempre había odiado a su padre y a su posición de inferioridad respecto de él. Deliberadamente le ofrecí, a modo de ilustración, la relación entre el bebedor y el alcohol: a pesar de que lo odia y sabe que es veneno para él, debe continuar tomando. Esto pareció convencerlo.

3. Luego recordó una oportunidad en que su padre lo vio jugando en el baño. Le pregunté si se estaba masturbando y respondió que no, que sólo estaba jugando a algo que lo había fascinado desde muy niño. El juego giraba alrededor de unos pañales que, desde que tenía memoria, habían despertado un gran interés en él. Se estaba poniendo una toalla o algo parecido como si fuera un pañal.
4. Esto lo llevó a hablar sobre otro de sus juegos, también correspondiente a su temprana infancia, relacionado con su interés por su ano. Le gustaba introducirse el dedo en el ano y recordó que solía jugar con una jeringa para enemas.
5. Esto lo llevó a recordar toda clase de juegos anales tanto en el colegio con varios de sus compañeros como con el ingeniero mencionado en la sesión anterior. No estaba muy seguro sobre cuál de los dos hechos había ocurrido primero, pero luego llegó a la conclusión de que era probable que el ingeniero lo hubiera seducido primero y que luego él incorporara estas prácticas en el juego sexual con sus compañeros de escuela. Esto se prolongó por algún tiempo. La última vez que participó en este tipo de coito anal fue con uno de sus mejores amigos de la escuela cuando tenía alrededor de 19 ó 20 años. La única otra persona que sabía acerca de estas prácticas era Keith, su amigo judío, que también había participado cuando tenía 13 ó 14 años. A partir de los 20 años perdió todo interés en esta actividad y, a pesar de que le hicieron varias pro puestas cuando estuvo en el ejército, ya no se interesó.
6. Siguió una pausa y luego, superando cierta resistencia, refirió dos actividades más. Una de ellas consistía en introducirse la boquilla de la enema en el pene y llenarlo de agua, lo cual lo llevaba a la erección y al orgasmo. Hasta hace muy poco tiempo recurría a esta práctica cada vez que Farah iba de compras a Londres por el día o visitaba a sus padres en Chipre. La forma más reciente consistía en colocarse el duchador contra el pene y hacer que le entrara agua.

Y la última práctica, que él llamaba el experimento eléctrico, consistía en introducir una aguja de tejer en su pene y el mango de una cuchara en el ano y hacer pasar una corriente eléctrica de bajo voltaje. Esto le resultaba más estimulante y satisfactorio.

Hace poco tiempo habló de todo ello con Farah, quien le

advirtió que podía causarse serios perjuicios.[3] Desde entonces no ha vuelto a repetir estas prácticas. En este momento interpreté que, en cierto modo, al introducir cosas en su pene y llenarlo de agua, lo estaba utilizando como una mujer usaría su vagina.
7. Se impresionó bastante con esta interpretación y como respuesta admitió que siempre había tenido dudas acerca del tamaño de su pene, ya que siempre había sentido que era demasiado pequeño. Es más, llegó a comentárselo a Farah, quien trató de tranquilizarlo diciéndole que el tamaño de su pene era perfecto y que, en comparación con el del oficial, el del Sr. Baker era mucho más grande.
8. Entonces tuve que detenerme porque se había acabado el tiempo y resumí lo que habíamos aprendido en la sesión:

(a) que siempre debe ser inferior a cualquier hombre que represente a su padre, que no puede competir con él y, en particular, que no puede ganar;
(b) que de alguna manera esto debe estar relacionado con su tendencia femenina que lo lleva a interesarse en sus diversos experimentos, lo cual origina situaciones en las que tiene experiencias semejantes a las de una mujer; y
(c) por todo esto él no puede sentir que es un verdadero hombre.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Todo este material se deberá interpretar en la transferencia y en varias oportunidades estuve a punto de decir algo como: él me puede hablar de estas cosas a mí porque siente que yo no lo voy a humillar como hacía su padre. El estaba tan inmerso en todas sus confesiones que pospuse este comentario para otra sesión.

[3] Este fue un logro notable por parte de su esposa pero, como ya se mencionó antes y volverá a mencionarse en diversas oportunidades, ella era muy sensitiva, lo amaba sinceramente y –aparte de los interrogatorios paranoides de él– sus respuestas eran indefectiblemente las correctas.

F. OBJETIVO FOCAL

Exactamente el mismo del comienzo.

G. DESENLACE

Muy prometedor

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 5

Aquí hay un buen ejemplo de lo que llamamos la técnica del olvido y de la atención selectivos en la interpretación. Si bien el paciente presentó mucho material anal, el terapeuta no hizo ningún intento por interpretarlo sino que concentró su atención en el material relacionado con el foco elegido por él.

SESION 6 - 17 de marzo de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 días

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Esperaba avanzar un poco más pero no estaba seguro de que pudiera mantener el ritmo de las sesiones anteriores. De hecho, casi lo hizo.

B. ATMOSFERA DE LA ENTREVISTA INCLUYENDO CAMBIOS, SI LOS HUBO

Igual a la anterior.

C y D. TENDENCIAS PRINCIPALES E INTERVENCIONES TERAPEUTICAS VERBALIZADAS

1. Comenzó por informarme que ha estado mucho mejor. Efectivamente, el viernes y el sábado se había sentido muy cansado (nuestras sesiones eran los viernes) y pasó la mayor parte del día en la cama, pero luego se levantó y pasó una semana muy agradable. Hasta su mujer comentó que parecía que había vuelto a ser el de antes. Se sintieron muy bien los dos, tanto en la cama como en todas las otras cosas que hicieron. Le comenté que el cansancio y el

agotamiento eran previsibles; después de todo, me había contado unos cuantos hechos y experiencias embarazosas de su vida.

2. Luego, él trató de corregir uno de mis comentarios de la sesión anterior: que él estaba interesado en lo que una mujer siente durante el acto sexual. El pensaba que era cierto, pero sólo en la medida en que se preocupaba por su pareja. Insistí en que los diversos experimentos relatados por él –introducirse cosas en el ano y el pene, llenárselos con agua, hacerse pasar una corriente eléctrica– sólo se pueden interpretar como intentos de imitar experiencias que sólo una mujer puede tener durante el coito. Lo aceptó.

3. Pasó a relatar algunos otros hechos de su infancia. Ya había mencionado que su padre era un hombre bastante grosero que hacía bromas "pesadas". Uno de sus juegos favoritos consistía en entrar en el dormitorio del Sr. Baker una vez que él se había acostado, destaparlo y tratar de tomar sus genitales mientras decía: "Todo esto es mío, todo esto es mío". El Sr. Baker dijo que esta situación era muy embarazosa, frente a lo cual yo le pregunté si lo que le provocaba era temor o excitación. Respondió que no sabía.

Se mudaron a las afueras de la ciudad, cerca de la imprenta, cuando tenía unos siete años y surgieron una serie de recuerdos correspondientes a esa época. Tenía que ir a la escuela del pueblo, hecho que su madre lamentaba profundamente; ella había tratado de prohibirle que se relacionara con los chicos de familias de la clase obrera. Recordó una ceremonia un día domingo en el jardín del párroco, oportunidad en la que se unió a los demás niños. La madre lo reprendió por haberse comportado como un pandillero.

Fue por esa misma época que sufrió de dolores abdominales severos en varias ocasiones hasta que finalmente se le diagnosticó apendicitis y fue operado. A pesar de que estaba aterrorizado, tenía que pretender que le resultaba divertido. Antes de partir para el hospital, llegó el párroco y le dijo que lo iba a bautizar, lo cual lo aterrorizó aun más.

A los doce años, época para la que ya estaba en el internado, enfermó de gravedad: tenía mucha temperatura y recuerda que llamaron a sus padres para que lo fueran a buscar. Finalmente, se le diagnosticó fiebre reumática. Duró varias semanas y, una vez recuperado, le dijeron que no debía participar en ningún tipo de depor-

te, en particular juegos que exigían gran esfuerzo, como el fútbol. Todos los días sus compañeros se burlaban de él. "No toquen a Baker. Se le puede parar el corazón." Durante bastante tiempo estuvo convencido de que padecía una enfermedad seria y de que no viviría mucho tiempo. Cuando en la adolescencia comenzó a volver a su casa a las diez de la noche o más tarde, su padre lo llevó a ver a un médico al que le había dado ihstrucciones de que lo asustara. El médico le dijo que, a menos de que tomara su estado con seriedad y pasara mucho tiempo en cama, era probable que no viviera para festejar su vigésimo primer cumpleaños. El resultado fue lo opuesto. Se rebeló, pues pensaba que no había mucha diferencia entre vivir hasta los veinte o los veintidós, y siguió volviendo muy tarde a su casa todas las noches.

Por supuesto que nada ocurrió y los resultados del examen médico que le hicieron en el ejército fueron excelentes. Interpreté una vez más que todos estos hechos cumplían una misma función: separarlo del resto de los varones y hacer que fuera distinto de ellos, convertirlo en una suerte de debilucho afeminado, lo cual coincide con lo señalado anteriormente, a saber, su interés por la función de la mujer durante el coito.

4. Luego se refirió por vez primera a su madre. En cierto sentido es una buena mujer, pero muy dura y desilusionada. Cuando le pregunté a qué se refería, dijo que no era muy afectuosa ya que había sido completamente aplastada por su padre. Es una mujer muy desdichada y toda su vida ha sido muy pesimista y, por lo tanto, el Sr. Baker nunca tuvo ningún tipo de apoyo de su parte. Aproveché la oportunidad para interpretar que lo que él no podía comprender era cómo una buena mujer como su madre pudo haber elegido a un hombre como su padre, así como no podía comprender cómo una mujer como Farah había podido sentirse atraída, aunque sólo en forma temporaria, por el otro hombre.

5. Aceptó esta interpretación y relató una fantasía que ha tenido desde hace varios años –que Farah tiene relaciones sexuales con otro hombre– lo que es muy excitante, pero que él tiene que estar presente todo el tiempo. Interpretación: es esto precisamente lo que trata de lograr cuando la presiona a Farah para que le proporcione más y más detalles sobre su relación con el otro hombre. El no

sólo debe estar ahí y conocer todos los detalles, sino que debe saber exactamente todo lo que ella sintió.

Esta interpretación también fue aceptada. Luego dijo que podía comprender que Farah se hubiera *excitado sexualmente* pero no que hubiera podido considerar seriamente la posibilidad de haberse *enamorado* del otro hombre. Cuando le pregunté si alguna vez se había cruzado con alguna otra mujer agradable o excitante, me respondió que esto le había ocurrido varias veces. En una oportunidad, estando en Italia durante la guerra, pensó seriamente que se había enamorado de una muchacha italiana muy agradable y, en épocas más recientes, cuando él y su amigo Keith habían ido solos a Francia, se habían divertido mucho yendo al casino y a clubes nocturnos, etc. Una de esas noches comenzó a acariciar a una de las muchachas del club y por un momento pensó seguirla a su habitación, pero no lo hizo. En otra oportunidad, en París, conocieron a una actriz norteamericana que los llevó a recorrer varios clubes nocturnos. Al final de la velada estaban todos medio borrachos y al regresar al hotel trató de entrar en la habitación de la mujer pero, afortunadamente, la puerta estaba cerrada con llave. Entonces interpreté que a pesar de que no se puede poner en tela de juicio su fidelidad hacia Farah y del hecho de que está realmente enamorado de ella, le fue posible –aunque durante lapsos muy breves– olvidarla por completo y encontrar a alguna otra mujer atractiva. Parece que lo que no puede aceptar es que ningún hombre se convierta en su rival.

Luego retomamos algunos temas, en particular el hecho de que estaba muy interesado en lo que podría haber ocurrido entre su padre y su madre, por un lado, y entre Farah y el oficial por el otro porque sencillamente no se puede imaginar que en el caso de Farah haya obtenido una victoria absoluta. De hecho, su rival –su padre o cualquier otro hombre– puede desequilibrar todo en cualquier momento.

6. Respondió diciéndome lo mucho que disfrutaba hablar conmigo. Convinimos en que regresaría la semana siguiente y que luego dejaría de venir por dos semanas porque estaban de por medio las vacaciones de Pascua, después de lo cual evaluaríamos la situación y decidiríamos el curso a tomar.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Ninguna.

F. OBJETIVO FOCAL

Sin cambios.

G. DESENLACE

Sin ningún lugar a dudas ha habido un mayor progreso y considero que podré terminar este período de su tratamiento muy pronto. Esto no significa que se habrá curado, pero sí que durante algunos meses, o quizá más tiempo, podrá disfrutar de la vida.

SESION 7 - 24 de marzo de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 días

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Mayor progreso.

B. ATMOSFERA

De ambas partes, como siempre.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS E INTERVENCIONES TERAPEUTICAS VERBALIZADAS

1. Explicó que había pasado una muy buena semana, ya que se había sentido mucho más tranquilo y hasta podido hacer bromas con Farah sobre sus diversas preocupaciones. Tuvo un solo día malo, ayer, después de visitar a sus padres: se sintió mal y estuvo deprimido por la mañana, no se pudo levantar hasta las 9 y 30 (bastante más tarde de lo acostumbrado), y tampoco pudo regresar a la oficina después del almuerzo. En este momento interpreté que ésta es una nueva prueba irrefutable del hecho de que sus celos por Farah y por el otro oficial están vinculados con su relación con su padre.
2. Aceptó lo interpretado como obvio y luego me contó que al día

siguiente fue con su amigo, Keith, al club. Tomaron unos tragos y habló de su problemas con Keith (que siempre ha estado al tanto), quien, a su vez, le habló de sus propios problemas maritales. Había una mujer que estaba sola y que trató de entablar relación con ellos, pero ninguno de los dos aceptó su nada velada invitación. Por otro lado, había una camarera muy bonita que le llamó mucho la atención al Sr. Baker. Se enteró de que era alemana y le parecía realmente hermosa. Al día siguiente, cuando Farah se fue al aeropuerto a buscar a un muchacho francés que venía a quedarse con ellos por uno de esos programas de intercambio con su hijo mayor, él se quedó solo en la casa y, como de costumbre, se tuvo que masturbar, en esta oportunidad con la muchacha alemana en mente. De hecho, como lo admitió no sin dificultad, se masturbó tres veces.

Luego se dio cuenta de que se le habían mezclado los hechos y de que, en realidad, no podía recordar en qué orden se habían sucedido. Con cierta dificultad pudimos ponerlos en orden: había ido al club el martes por la noche, el miércoles se había sentido muy mal y a la noche fue a cenar a la casa de sus padres, y fue el jueves que Farah había ido al aeropuerto a buscar al muchacho francés. Le comenté entonces que no era tan fácil recordar los hechos con todo detalle y que debía darse cuenta de que, si a él le resultaba difícil reconstruir lo ocurrido hacía tan poco tiempo, a Farah le resultaba aun más difícil reconstruir lo ocurrido hacía quince o más años. Se rió sintiéndose un poco culpable, pero creo que el comentario le llegó.

3. Luego retomamos algunos temas ya tratados, en parte relacionados con su padre. Comentó que era muy autoritario y desagradable, y que le resulta difícil hacerle frente, si bien desde que comenzó a trabajar conmigo ha podido mantenerse mucho más firme que antes. Relacioné esto una vez más con su incapacidad para ganar en una competencia con un hombre, se trate de su padre o del oficial.

Como respuesta desarrolló en forma extensa y confusa la misma historia de siempre y volvió a hablar de su viejo problema sobre la diferencia entre sexo, amor y compañerismo, y cuál de estas tres cosas, podía aceptar con mayor facilidad que Farah hubiera sentido por su rival. Debo admitir que pronto me perdí en su complicado argumento y sentí que ni yo mismo sabía cuál de las tres cosas

podía tolerar menos: (a) que Farah sintiera una atracción sexual por el otro hombre, (b) que ella pensara que estaba enamorada de él, o (c) que sintiera que había encontrado un compañero en él. Con todo, la situación mejoró de modo gradual y él llegó a la conclusión de que lo que menos le afectaba era imaginar que Farah había sentido una atracción sexual o, incluso, que había tenido una especie de orgasmo con el otro hombre. Lo que no puede soportar es que Farah pueda haber sentido "amor" por él o que haya pensado que podía ser su compañero el resto de su vida.

4. Volvió a referirse al período que pasó solo en la India. Se prolongó durante unos diecinueve meses, de los cuales los primeros catorce o quince transcurrieron sin problemas a pesar de que se sentía un poco mal por la soledad en la que estaba. Luego enfermó de disentería y poco antes de ser llevado al hospital recibió la extraña carta de Farah en la que ella hacía dos comentarios muy extraños: (a) que el padre de Farah había interceptado una carta que le había enviado la hermana del Sr. Baker e hizo un escándalo porque su hija todavía estaba en contacto con el hombre que él no quería, y (b) que se sentía muy mal pero que esperaba continuar siendo humana. El le envió un telegrama a su oficina en el que le pedía que le fuera fiel a pesar de todas las dificultades. A esto le siguió una pausa de unas cinco semanas debido, en parte, a que Farah no le había escrito y, en parte, a que tardaba bastante tiempo hasta que le enviaban las cartas desde su unidad.

Luego llegó la carta en la que Farah le contaba que, a pesar de sentir algunas dudas con respecto al otro hombre, igual lo había dejado, y esto es lo que dio origen a sus cavilaciones. Pasaron tres o cuatro meses antes de su regreso a Chipre. Farah le confesó lo que había sucedido con el otro hombre y en su tercer o cuarto encuentro él le dijo que si ella pensaba que el otro era mejor para ella, que él lo aceptaría, si bien le resultaría muy difícil hacerlo. Este fue el punto crucial y a partir de ese momento todo marchó muy bien hasta después de su casamiento.

5. La sesión llegó a su fin y, en vista de que ya comenzaban las vacaciones de Pascua, decidimos volver a reunirnos en quince días. Me preguntó si yo pensaba que debía continuar viniendo una vez por semana. Le dije que él debía tomar la decisión y que estos quince días serían un buen período de prueba. Luego me preguntó si debía traerla a Farah con él la próxima reunión y si los tres juntos debíamos hablar sobre los problemas y el modo de manejarlos.

6. En vista de mis ideas (anotadas bajo "Intervenciones terapéuticas pensadas pero no verbalizadas" de las últimas sesiones), le pregunté cuál pensaba que era el motivo por el que hablar conmigo significaba algo tan importante para él; después de todo, él le contaba las mismas cosas, por ejemplo, a su amigo Keith. Le interesó mucho la pregunta, pero no pudo dar una respuesta convincente. El único aspecto importante que pudo señalar fue que conmigo la atmósfera era mucho más tranquila y uno tenía tiempo de que las cosas le lleguen. Así terminó la sesión.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Ninguna.

F. OBJETIVO FOCAL

Es notable como los dos objetivos señalados desde el comienzo se están desarrollando en forma paralela. Hasta ahora he descrito como mi objetivo más importante el permitirle que disfrute de la victoria sobre su padre y el otro oficial.

Luego de mucho trabajo relacionado con este objetivo, él mismo me está proponiendo que su esposa venga con él a verme, "compartirla" conmigo, por así decirlo. Es probable que éste sea el final de esta etapa del tratamiento.

G. DESENLACE

Muy satisfactorio por el momento.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 7

C y D. 2 es un buen ejemplo de enfoque telescópico con propósitos defensivos. El terapeuta no se ocupa de los temas secundarios que

se presentan, como ocurriría en una terapia psicoanalítica o a largo plazo, sino que interpreta directamente el único aspecto de este hecho complejo que lo lleva a su foco elegido.

SESION 8 - 7 de abril de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 14 días

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Esperaba continuar el progreso y aliviar las tensiones. Por otra parte, no sabía cómo se desarrollaría la entrevista puesto que él había propuesto que su esposa estuviera presente.

B. ATMOSFERA

Igual que antes. Sin cambios.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS E INTERVENCIONES TERAPEUTICAS VERBALIZADAS

1. Vino solo, no hizo referencia al hecho de que su mujer no había venido, y me informó que después de la última sesión había pasado tres días bastante mal, con poca voluntad de levantarse por la mañana, ir al trabajo, etc., pero luego este malestar desapareció y pasó quizá los mejores siete o diez días en años. Ayer volvió a sentirse un poco inquieto, quizá porque Farah llevó al muchacho francés al aeropuerto o quizá porque él mismo se tuvo que ocupar de sus padres que están hospedados en un hotel cerca de su casa mientras les redecoran la casa.

Cada vez que ve a su padre, siente una presión en el estómago, una suerte de expectativa aprensiva. El padre aún tiene una personalidad muy fuerte y es muy difícil oponérsele.

La madre lo trata con resistencia pasiva: se sienta y no se la puede mover.

2. Luego volvió a sus complicadas cavilaciones sobre qué podía haber ocurrido entre Farah y el otro hombre. Lo dejé hablar un tiempo y luego resumí la situación diciéndole que parecía haber dos hechos que él no puede aceptar: (a) que durante algún tiempo llegamos a la conclusión de que habían transcurrido ocho meses

entre que Farah conoció al otro oficial y el Sr. Baker regresó de la India, Farah no estuvo segura, tanto en el aspecto sexual como emocional, sobre cuál de los dos sería su compañero por el resto de su vida, y (b) que después de este período ella tomó una decisión y él triunfó.

3. Por un lado aceptó que esto era cierto, y por el otro, sacó dos temas nuevos: su necesidad de idealizar a Farah, que para él debía ser una especie de virgen inmaculada –por lo menos hasta que se enamoró de él– y, en segundo lugar, el hecho de que a él le resultaba intolerable que ella hubiera sentido algo similar por otro hombre. La propia Farah se ha quejado en varias oportunidades de esta idealización, pero él no lo puede evitar. Retomando un comentario que yo le había hecho hacía algunas sesiones, me dijo que aparentemente sentía que, en realidad, el otro hombre debería haber ganado y que en cierto modo él había conseguido quedarse con Farah haciendo trampa.

4. Vinculé esto con la relación con su padre. Tampoco en este caso puede aceptar que durante un tiempo hubo una lucha entre los dos y que ahora ya se había decidido el resultado: él es uno de los directivos de la empresa, o sea que ganó.

5. Eso le recordó una historia que su madre le había contado antes de la guerra, según la cual ella había estado enamorada de otro hombre con el que por algún motivo no se había podido casar y luego, apareció su padre; estaba tan enamorado de ella que accedió casarse con él por lástima. El Sr. Baker recordó que cuando regresó de la India mantuvo una larga charla con Farah en la que le daba toda la libertad de elegir al otro hombre si así lo deseaba; se despidieron, él regresó a su casa caminando y se le ocurrió pensar que si Farah lo elegía sería una repetición exacta del matrimonio de sus padres. Cuando se lo señalé, se asustó mucho porque es precisamente lo que no quiere que ocurra. El matrimonio de sus padres es sencillamente horrible y agregó apresuradamente que al menos él está haciendo algo por tener un mejor matrimonio al acudir a mí.

6. Esto lo llevó a contarme otro hecho ocurrido la semana anterior. Su padre, como siempre, se burló de Farah por su pronunciación inglesa con acento francés y le habló en un francés entrecortado. Era una situación desagradable pero a Farah no le molestó demasiado.

El Sr. Baker le reprochó agriamente a su padre lo que hacía y simplemente lo hizo quedar muy mal. Esto le dio una gran satisfacción a pesar de que más tarde se dio cuenta de que su padre se había sentido muy herido.

Luego hablamos bastante sobre la crueldad de su padre y dijo que tiene que herir a la gente para ocultar su propia inseguridad, lo que me permitió establecer un paralelismo con la crueldad del Sr. Baker, en particular en relación con Farah, a quien debe herir constantemente porque él siente que la engañó para que se casara con él.

Llegamos al final de la sesión y le pregunté por qué había decidido no traer a Farah. Para mi alivio me dijo que lo había pensado bien y que había llegado a la conclusión de que era mucho más importante esclarecer algunas cosas conmigo al margen de Farah que depender más aun de ella.

8. Por último analizamos el futuro y decidimos que él continuaría viniendo a fin de consolidar los resultados ya alcanzados y así poder avanzar un poco más.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Ninguna.

F. OBJETIVO FOCAL

Se mantiene, aunque el segundo, compartir a su mujer conmigo, ha vuelto a perder vigencia.

G. DESENLACE

Bastante satisfactorio. Me propongo continuar durante unas seis o diez sesiones, pero decididamente no más.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 8

Lo que sigue a continuación se podría haber dicho con respecto de alguna sesión anterior o bien de muchas de las que siguen. Nos referimos al ciclo repetitivo habitual señalado en varias oportunidades por el Sr. Baker: inmediatamente después de la última sesión o sólo uno o dos días después se siente mal, con dificultad para levantarse, sin deseos de ir a trabajar. Luego, el malestar desaparece y el resto del intervalo se siente mucho mejor y muy feliz de estar con su mujer. Este patrón de conducta ofrece una excelente vía de acceso al estudio de algunos aspectos de la estructura yoica o la índole de sus reacciones frente al proceso terapéutico, el carácter adhesivo o libre de la distribución de su libido, por ejemplo. Todo esto podría haber sido objeto de estudio en un psicoanálisis a largo plazo o incluso en una psicoterapia dinámica con orientación analítica y de corto plazo, pero aquí se lo trató con la técnica del olvido selectivo porque lo hubiera apartado del proceso terapéutico de objetivo focal (véase C y D. 1).

Podemos agregar dos comentarios más. El primero también está relacionado con el olvido selectivo: todo el material que surgió sobre su conflicto edípico fue aceptado, pero no interpretado. El terapeuta sólo interpretó el aspecto que llevaba a las asociaciones relacionadas con el objetivo focal elegido. El segundo se refiere al hecho de que en esta etapa el terapeuta creyó que el tratamiento podía terminar en unas 20 sesiones más y, de hecho, incluyendo las de seguimiento, tomó 29 sesiones.

SESION 9 – 14 de abril de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 días

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Se esperaba un nuevo progreso.

B. ATMOSFERA

De cordialidad y cooperación. Mantenida por ambas partes.

C y D.PRINCIPALES TENDENCIAS E INTERVENCIONES TERAPEUTICAS VERBALIZADAS

El Sr. Baker habló prácticamente toda la sesión y yo sólo hice unos pocos comentarios. Habló casi todo el tiempo de un solo tema y resultaría muy difícil tratar de presentarlo en algunos párrafos.

Esta había sido una de las mejores semanas de su vida, con sólo un pequeño contratiempo. El miércoles había tenido que asistir a una cena de negocios, lo cual significó permanecer despierto hasta tarde y mezclar bebidas. Como resultado, al día siguiente no se sintió muy bien. Por otra parte, camino al consultorio no estuvo rumiando todo el tiempo sobre su enfermedad, sino que disfrutó del paseo.

Luego me preguntó si podía usar unas anotaciones que había hecho al salir de la última sesión. Le dije que sí y las anotaciones giraron alrededor de un tema que luego se convirtió en el tema principal de esta sesión.

Se trata de su temor a "la soledad total". Le llevó un tiempo transmitir el verdadero mensaje. Se refiere a que lo hayan dejado, a que alguien importante para él ya no piensa en él, a que ha sido abandonado y olvidado. Eso fue lo que sintió, y temió, al recibir la confusa carta de Farah cuando él estaba en la India. Todo su interrogatorio a Farah había tenido por objeto asegurarse de que, incluso cuando dudó si quedarse con él o con el otro oficial, ella no lo había descartado u olvidado por completo. De ahí pasó a relatar algunas de sus experiencias en la guerra, cuando estaba solo bajo el fuego del enemigo. En dichas ocasiones siempre lo había angustiado pensar que, si algo le ocurría, Farah no se enteraría, él desaparecería por completo.

Luego me preguntó si esto podía estar relacionado con las experiencias de su infancia, en particular con el maltrato que recibía de su padre, que, en muchas ocasiones, lo trataba con casi total indiferencia como si no existiera o como si fuera un objeto inanimado. Es cierto que si alguien de afuera lo criticaba o lo atacaba, su padre lo defendía, pero no porque se preocupaba por él, sino sólo porque el Sr. Baker era su hijo y, por así decirlo, le pertenecía. En

este momento le interpreté la marcada dependencia de su padre en el pasado y conmigo en el presente. Este dependencia podía explicar por qué había aceptado con tanta facilidad cualquier acercamiento homosexual, en especial si se trataba de un hombre que ocupaba una posición de cierta jerarquía respecto de él: el ingeniero, los compañeros mayores en el colegio y yo.

Como respuesta, recordó una serie de detalles que ya habíamos analizado y añadió un nuevo elemento: su temor a las serpientes, cuyo significado homosexual no negó en ningún momento. En la última semana había tenido un sueño muy placentero en el que una gran serpiente, una criatura muy amistosa, subió hasta él y apoyó la cabeza en sus rodillas. No estaba asustado para nada. Por supuesto, esto se interpretó en la transferencia.

Así finalizó la sesión y convinimos que, en vista de mis próximas vacaciones, tendría sesión durante los cuatro viernes siguientes al cabo de los cuales podríamos considerar poner fin al tratamiento.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Ninguna.

F. OBJETIVO FOCAL

Mantenido; y me alegró extenderlo para incluir la transferencia. Tengo que ocuparme de que se manifiesten sus sentimientos de duelo por nuestra próxima separación.

G. DESENLACE

Muy alentador.

ESTRUCTURA DE LA SESION 9

En esta sesión y en algunas más procuraremos limitarnos a seguir el proceso terapéutico en detalle, es decir, las "propuestas"

del paciente y las "respuestas" del terapeuta a dichas propuestas a las que seguirán nuevas asociaciones y propuestas por parte del paciente.

Una vez que el Sr. Baker pudo enfrentarse a su padre y dejarlo mal parado (como se informó en la sesión 8), se hizo cargo de las cosas. El principal resultado de esta mayor confianza en sí mismo fue la revelación de un nuevo factor determinante en el origen de su enfermedad, su temor a la "soledad total" es decir, la pérdida del amor de su objeto más importante en ese momento. Fue esto lo que quizá constituyó el factor más significativo, lo que lo angustió en la India y lo obligó a romper su relación con Farah muy poco después de su regreso a Chipre.

El Sr. Baker continuó hablando y comparó estas experiencias con experiencias muy ambivalentes de su niñez, relacionadas con su padre. El terapeuta utilizó esta oportunidad para trabajar sobre las semejanzas entre sus dependencias homosexuales y las heterosexuales.

Esta interpretación se confirmó de dos maneras: (a) el hecho de que recordó su temor a las serpientes en su infancia, y (b) el sueño reciente en el que una serpiente grande, una criatura muy amistosa, se había acurrucado a su lado. Esto se interpretó como una ilustración de sus sentimientos de transferencia.

SESION 10 – 21 de abril de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 días

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Esperaba que continuáramos progresando y trabajando.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS E INTERVENCIONES TERAPEUTICAS VERBALIZADAS

1. En contra de mis expectativas vino con su mujer y la primera parte de la entrevista fue con los dos. Farah estaba muy bien arreglada y parecía, aunque algo turbada, bastante contenta, tranquila

y segura de sí misma. El Sr. Baker se sentía muy cómodo, y tranquilizaba y protegía a su mujer. Ambos coincidieron en que la semana anterior había sido una de las más pacíficas y armoniosas de sus vidas y estaban genuinamente satisfechos y agradecidos. Lo único que surgió de esta entrevista conjunta fue la mutua idealización de ambas partes. Cada uno hablaba del otro como algo perfecto. Señalé que esto debía crear una sensación muy agradable y cálida al mencionarlo, pero que para el otro debía resultar una carga opresiva tener que responder a un nivel tan alto. Ambos se sorprendieron, pero lo aceptaron. Luego se decidió que la entrevista debía continuar con el Sr. Baker y yo solos.

2. Surgió muy poco material nuevo. Se dedicó casi toda la sesión a retomar algunos temas ya tratados y repetir los resultados alcanzados. Permití que esto ocurriera casi sin interferir.

3. Luego volvimos sobre un comentario realizado al comienzo de la sesión: el hecho de que el domingo el Sr. Baker hubiera estado muy susceptible. Cuando lo repitió, le pregunté a qué se había debido y me dio algunos detalles más, de los que surgió que él había decidido de modo deliberado comenzar a dar órdenes, un poco como solía hacerlo su padre. Interpreté el desarrollo de su nueva capacidad para ser como su padre, lo que tomó con cierto humor y orgullo.

B. ATMOSFERA

La sesión se desarrolló en una atmósfera de tranquilidad y confianza, como en sesiones anteriores, a pesar de la aparición y desaparición de la Sra. Baker. Lo acepté.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Pude haber interpretado la aparición de su mujer como un intento de su parte por compartirla conmigo y como una señal de su creciente confianza tanto en sí mismo como en mí de que esto podía ocurrir.

F. OBJETIVO FOCAL

Creo que a pesar de la aparición repentina de la Sra. Baker, manten-

dré los dos objetivos tal como los había señalado al iniciar el tratamiento.

G. DESENLACE

Sin cambios, salvo que la buena relación entre terapeuta y paciente sigue afirmándose.

ESTRUCTURA DE LA SESION 10

Comenzó con la aparición demorada de la Sra. Baker, que estaba planeada para la sesión 8: el motivo original de la invitación había sido analizar con ella qué pensaba acerca de continuar o dar por finalizado el tratamiento. Este tema ni siquiera se mencionó.

El material más importante de la sesión, desde un punto de vista dinámico, fue el informe del Sr. Baker de que deliberadamente cada vez se parece más a su padre en la medida en que imparte órdenes de la misma manera en que él suele hacerlo, hecho del que el Sr. Baker parece estar muy orgulloso. Es posible que esta mayor confianza en sí mismo haya sido lo que le permitió traer a su mujer y, en cierto modo, compartirla con el terapeuta.

SESION 11 – 28 de abril de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 días

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Continuar avanzando pero sin ningún otro cambio, en particular, ningún cambio en nuestra relación.

B. ATMOSFERA

Aparentemente ningún cambio en él pero cierto desconcierto por mi parte; véase más adelante.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS E INTERVENCIONES TERAPEUTICAS VERBALIZADAS

La semana pasada volvió a ser muy buena, casi sin necesidad compulsiva de cavilar; de hecho, no volvió a pensar en nada hasta la

mañana del día en que venía a verme. Luego descubrió algo y se lo contó a Farah, quien le dijo que se alegraba mucho porque eso era exactamente lo que ella siempre había querido decirle pero no había podido expresarlo con tanta claridad.

Luego procedió a contarme su descubrimiento, pero mientras más avanzaba en su relato, más me desconcertaba y me confundía yo. Una vez más, se trataba de lo que Farah hubiera podido haber sentido por el otro hombre –atracción sexual, amor o compañía– y la manera en que estos sentimientos se relacionaban con lo que ella hubiera podido haber sentido o sintiera ahora por él, por el Sr. Baker. Si bien cada una de las frases que decía era totalmente coherente y sensata, yo estaba cada vez más confundido. Mientras lo escuchaba, me preguntaba qué debía interpretar: su deseo de confundirme tal como lo había hecho con Farah, es decir, su deseo de contagiarnos su propia confusión; el hecho de que estaba juntando sus dudas sobre Farah con sus primeras dudas sobre su madre, es decir, cómo esas dos mujeres pudieron amar a otro hombre en vez de amarlo a él, etc. Al final opté por abstenerme por dos motivos: 1) no estaba seguro de que ninguna de estas dos interpretaciones fuera acertada, y 2) me hubieran alejado de mi objetivo focal. De modo que una vez más reiteré mi interpretación de que él aún no puede aceptar el hecho de que ha vencido a sus dos rivales en forma definitiva e irrevocable, o sea, al padre y al otro oficial. Esto puede haber surtido algún efecto en él, pero también puede ser que yo tratara de consolarme. Va a venir dos sesiones más antes de que yo me vaya de vacaciones.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Véanse en C y D.

F. OBJETIVO FOCAL

Mantenido a pesar de las dificultades.

G. DESENLACE Y REFLEXIONES

Parecía bastante satisfecho con su descubrimiento y con el hecho

de que yo lo haya comprendido, aunque, de hecho, mi comprensión fue casi nula.

Me pregunto qué significaba este cambio. Es posible que la luna de miel terapéutica haya terminado y ahora debamos comenzar a trabajar en serio, de modo que lo primero que él ofrece es su confusión. De ser así, ello significaría que la terapia breve fracasó y que se lo debe derivar a un psicoanalista. La segunda posibilidad es que hayamos agotado mi foco original y que él me esté ofreciendo un nuevo foco: la relación con su madre y las figuras maternas. En este caso deberé optar entre aceptarlo e iniciar un nuevo período de tratamiento o no tomar en cuenta la propuesta y tratar de persistir en los dos focos primarios. En tercer lugar, existe la posibilidad de que hayamos terminado nuestro trabajo y él esté atando algunos cabos sueltos en tanto que yo, debido a mi falta de receptividad, aún no me haya percatado de esta situación. De ser así, no hará falta hacer nada en particular.

Por lo tanto, toda evaluación gira alrededor de un problema de diagnóstico diferencial que se debe resolver en las próximas dos sesiones, es decir, antes de que me vaya de vacaciones.

ESTRUCTURA DE LA SESION 11

Está analizada en detalle en la sección G del informe de la sesión.

SESION 12 – 5 de mayo de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 días

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Indefinidas, por los motivos presentados al final de último informe.

B. ATMOSFERA

Cordial, como de costumbre. Sin modificaciones.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS E INTERVENCIONES TERAPEUTICAS VERBALIZADAS

1. Comenzó diciéndome que durante la última sesión había notado

que en cierto modo no habíamos estado juntos. ¿Se debía a que yo desaprobaba su propuesta o simplemente a que no lo había podido seguir? Le respondí que no estaba en mí desaprobarlo, pero que era cierto que no me había resultado fácil seguirlo.

2. Luego me dijo que a pesar de esto se había sentido muy satisfecho y seguro de sí mismo durante toda la semana y que había sentido que algo importante estaba por ocurrir. Es cierto que cuando llegó a la sesión anterior estaba algo malhumorado porque había discutido con Farah. Ella venía conduciendo –era la primera vez que lo hacía en tráfico rápido– y él trató de presionarla más allá de sus posibilidades. Ella cometió un pequeño error, el conductor de otro auto le gritó y, una vez que todo había pasado, el Sr. Baker y Farah discutieron porque ella sostenía que él la presionaba demasiado.

3. Algo similar ocurrió ayer. El no tenía muchos deseos de ir a trabajar y le permitió a Farah llevar a su hija al colegio en el auto. Cuando Farah regresó a su casa, él sintió un ruido muy fuerte pero no se movió de su lugar. Cuando Farah entró a la casa, él le preguntó qué había pasado, cosa que la ofendió, pero le contestó que había chocado contra el poste de entrada al garage. Cuando él le preguntó si se había fijado si le había ocurrido algo al auto, ella le contestó que no y se mostró sumamente ofendida. El se irritó y no pudo evitar comparar este incidente con la falta de consideración de Farah cuando se dejó llevar por su entusiasmo por el otro hombre.

Tenía plena conciencia de que este tema nos alejaba de mi foco original, pero no podía ignorarlo. Interpreté que cuando él se siente herido su respuesta consiste en reprocharle a Farah por todo lo que ha hecho en el pasado, es decir, en herirla; por lo tanto, gran parte de sus interrogatorios obsesivos y peleas con Farah no son sino su manera de utilizar el pasado para castigarla. No le gustó, pero tuvo que aceptarlo y por primera vez pudo decirme el nombre de su rival: James.

4. Luego volvió a retomar el tema de lo que hubiera podido haber sentido Farah, si ella era justa o injusta, considerada o desconsiderada, comprensiva o desinteresada, etc. Lo dejé hablar la mayor parte del tiempo y sólo hice algunas intervenciones en las que pro-

curé relacionar esta actitud general de él con ciertos aspectos del presente, incluyendo su transferencia conmigo. Fue más una recapitulación que el desarrollo de material nuevo.
5. Al finalizar la sesión manifestó su interés por el test de Rorschach y me preguntó si pensaba que se habían producido suficientes cambios en él desde el comienzo de nuestro trabajo conjunto como para que se justificara otro Rorschach. En vez de interpretarlo como una negativa a darme un voto de confianza, lo acepté y le dije que si todo continuaba como hasta ahora, valdría la pena volver a hacer el test después de algunas sesiones en junio. Aceptó mi propuesta.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Algunas interpretaciones de transferencia, tales como castigarme con sus pensamientos obsesivos, poner de manifiesto sus dudas con respecto a la eficacia de mi técnica al pedirme que le volviera a administrar el test, etc.

F. OBJETIVO FOCAL

Por primera vez dudoso. Presentó el tema de su agresividad hacia Farah, que tuve que interpretar. Sin embargo, considero que en líneas generales pude mantener mi objetivo original. Esto, claro está, sólo se podrá constatar dentro de algunas sesiones.

G. DESENLACE

Cierta consolidación. Sin mayores avances. Se tendrá que ver si se trata del comienzo del período final o del surgimiento de algo nuevo que se debe resolver antes de terminar este tratamiento. Creo que se trata de lo primero.

ESTRUCTURA DE LA SESION 12

La incertidumbre continuó. El material producido por el paciente continuó siendo igualmente equívoco y al terapeuta no le fue posible constatar si el trabajo estaba dirigido hacia su foco. De ser así,

se vería obligado a considerar una serie de complicaciones: iniciar una nueva etapa, finalizar el tratamiento, elegir un nuevo foco, etcétera, etcétera.

SESION 13 – 12 de mayo de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 días

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Muy inciertas en vista de la inminente interrupción a raíz de mis vacaciones.

B. ATMOSFERA

Estaba mucho más serio y pensativo que de costumbre y me confundí un poco al comienzo de la sesión tratando de seguir la línea de sus pensamientos obsesivos. Más adelante pude restablecer nuestra relación de siempre.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS E INTERVENCIONES TERAPEUTICAS VERBALIZADAS

Había tenido una semana bastante mala perseguido por sus pensamientos obsesivos. La causa principal era que Farah se había ido a visitar a su hermana. El malestar aumentó cuando Farah lo llamó por teléfono para decirle que en vez de regresar el domingo por la tarde lo haría el lunes al mediodía porque iba a salir de paseo con su hermana, lo cual le dolió al Sr. Baker porque el lunes era el aniversario de la boda.

Luego se sumergió en sus infinitos pensamientos obsesivos sobre el verdadero significado de lo que Farah había sentido por el otro hombre, James. Pronto me perdí y sólo logré reorientarme después de hacer un considerable esfuerzo. A grandes rasgos lo que surgió fue lo siguiente. La fijación de Farah con su padre era tan intensa como la del Sr. Baker con el suyo. Como el padre de Farah no lo aceptaba al Sr. Baker, Farah trató de encontrar a otro hombre que no se la llevara de Chipre y fue así como encontró a James, cuya familia vivía en Chipre. Luego retomamos el tema de la agresi-

vidad de sus pensamientos obsesivos y sus cuestionamientos, con los que invariablemente se atormentaba –quizá más de lo que la atormentaba a Farah– pero, sin lugar a dudas, también la atormentaba a Farah. Lo que había que resolver era por qué lo hacía, qué gratificación obtenía al hacerlo y qué se le podía dar como sustitutivo.

Por primera vez en el transcurso de la terapia aceptó este aspecto con seriedad y se volvió hacia mí y me preguntó si mi tratamiento lo ayudaría a obtener lo que realmente quería: liberarse de estos pensamientos obsesivos. Me asusté un poco porque éste era un pedido directo de análisis propiamente dicho, lo cual no es una propuesta muy práctica en vista de su enfermedad y de la distancia que vive de Londres. Pensé que lo mejor sería contemporizar, por lo que le propuse que utilizáramos la inminente interrupción de las sesiones como una suerte de período de prueba para ver cuánto ha ganado con la terapia; luego podríamos tomar una decisión sobre este tema tan importante a la luz de su estado al reiniciar el tratamiento. Aceptó mi propuesta sin objeciones.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Al terminar la sesión me pregunté si todos estos interrogantes sobre el futuro no se podrían interpretar como un desplazamiento hacia mí de su necesidad de atormentar a la gente, lo cual puede ser cierto pero difícil de aceptar para el paciente.

F. OBJETIVO FOCAL

Una vez más, dudoso.

G. REFLEXIONES

Realmente no sé que esperar. Por un lado, se puede considerar un excelente resultado el hecho de que un paciente paranoico pida que se lo trate. Por otro lado, las perspectivas de una curación verdadera no son muy elevadas en el caso de la paranoia. Aun así, se debe considerar esta posibilidad con mucha seriedad en vista de la facilidad

con que se estableció una buena relación. La próxima pregunta está relacionada con la frecuencia y la elección de un nuevo terapeuta. Es obvio que no puede venir a Londres cinco veces por semana, pero también es dudoso que se pueda lograr algo viéndolo sólo una o dos veces por semana. Otra posibilidad es derivarlo a algún terapeuta que se esté por instalar en su barrio. Derivarlo no será fácil, pero quizá se pueda hacer porque ahora tiene mucha confianza en mí. Por otra parte, esta buena relación hará que le resulte difícil transferir su lealtad a otra persona. En síntesis, por primera vez en este tratamiento no sé qué esperar.

ESTRUCTURA DE LA SESION 13

Volvió a surgir un tema nuevo, el de su temor a la "soledad total" o a ser abandonado por su objeto más importante actual, pero fue poco lo que se pudo avanzar. La situación se mantuvo algo incierta y el foco dudoso. Compárese con la sección G. Reflexiones en el informe de la sesión.

SESION 14 – 23 de junio de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 6 semanas

A. EXPECTATIVAS INICIALES

En principio la sesión estaba planeada para el viernes pasado –16 de junio– pero me llamó durante la semana para avisarme que estaba de vacaciones, que se sentía muy bien, y me preguntó si había algún inconveniente en que pospusiéramos la entrevista una semana. Le dije que no había ningún problema.

En vista de cómo había terminado la última sesión (número 13) y de las buenas noticias sobre sus vacaciones, no estaba seguro de lo que iba a ocurrir, pero en general estaba bastante seguro de que la mejoría se mantendría.

B. ATMOSFERA

Tan amistosa como siempre, sino más.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

Me informó que se sentía bastante bien, con algunos pensamientos obsesivos pero sin compulsión a pensar todo el tiempo. Había pasado unas vacaciones muy agradables con Farah y eran muy felices juntos.

Se había dado cuenta de lo hipócrita y pagado de sí mismo que solía ser, ya que censuraba en otros lo que él mismo hacía. Por ejemplo, era un hecho que lo atraían las mujeres, pero él tenía que expresar sus sentimientos –incluso a sí mismo– en términos sublimados; tenía que decir que una mujer tenía una voz hermosa, una muy linda personalidad, o, cuando le gustaban sus pechos, se decía a sí mismo que tenía una buena figura, etc. Ahora puede disfrutar de la vida sin hacer un esfuerzo por ser reservado o pagado de sí mismo.

Esto también se ve reflejado en el hecho de que desea cambiar el coche. Tiene un automóvil cerrado, seguro y lento. Ahora le gustaría tener uno descapotable y rápido, así podrá sentir que realmente está en el mundo y no fuera de él en un ambiente cerrado.

La relación con su padre cambió. Su presencia siempre lo había puesto ansioso o irritable, en tanto que ahora siente cierta indiferencia o simplemente cierta pena y lo tolera.

Un comentario que yo le hice en la última sesión le quedó grabado y comenzó a ver lo acertada que era mi descripción de su actitud. Le había señalado que sus pensamientos obsesivos constituían un ataque no sólo a Farah sino también a sí mismo; el debía castigarse a sí mismo. Ahora se da cuenta de que era cierto. El no podía aceptar el hecho de que Farah lo hubiera herido, pero, además, había obstaculizado el camino de Farah hacia otro hombre y la había guardado para sí. Era posible que no pudiera tolerar su propia victoria y, por lo tanto, debía castigarse.

Permanecí callado casi todo el tiempo. De hecho, no hice ninguna interpretación. A esta altura de la sesión le dije que como

todo parecía ir tan bien, quizá debíamos ir pensando en ponerle un fin al tratamiento. Aceptó mi propuesta con rapidez y sugirió que nos volviéramos a ver dentro de cinco semanas. Acordamos vernos el 11 de agosto, es decir en siete semanas. Luego le propuse que volviera a hacer el test con el fin de contar con más material sobre el que basar su decisión final. Aceptó la sugerencia y le pedimos turno al psicólogo por teléfono para el 20 de julio.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Me abstuve deliberadamente de hacer interpretaciones porque no quería que se involucrara en ningún otro trabajo terapéutico.

F. OBJETIVO FOCAL

Notablemente mantenido a lo largo de todo el tratamiento, a saber, que debía poder aceptar el hecho de que había vencido a su padre y a su rival. Este resultó ser el verdadero tema focal y la mayor parte del trabajo giró alrededor de él.

G. REFLEXIONES

Por cierto, el Sr. Baker continúa siendo un hombre bastante paranoide, pero no hay lugar a dudas de que el tratamiento lo ha ayudado a readaptarse y es probable que podamos esperar un período de bastante tranquilidad.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 14

Una sesión después del largo intervalo de seis semanas. Típica sesión de reencuentro. En general, recapitulación del material previo con el acento puesto en los progresos realizados. Lo único nuevo es su toma de conciencia de que su constante tendencia a cuestionar y atormentar está dirigida no sólo a Farah, sino también a sí mismo por haber alejado a Farah de un hombre que quizás era mejor que él, James. Un paso decididamente importante.

No se hicieron interpretaciones. No sin cierta renuencia, el terapeuta aceptó que quizás él y el paciente estaban por terminar su trabajo. Siguiendo las reglas de investigación del taller de terapia focal, el terapeuta le propuso al paciente volver a hacer el test, cosa que el paciente ya había solicitado en la sesión 12.

ESTRUCTURA DE LA SESION 14

Esta sesión estuvo precedida por una interrupción bastante prolongada (seis semanas), la segunda en el transcurso del tratamiento. (La primera había tenido lugar entre las sesiones 2 y 3 y se prolongó durante 15 semanas.) En esta oportunidad el paciente se mantuvo bien durante todo el intervalo, y el material que presentó durante las sesiones permitió la interpretación de que el tratamiento estaba llegando a su fin y que había que considerar su terminación. En forma muy abierta aceptó en sus asociaciones el foco número uno, a saber, que obtuvo una victoria sobre su padre y James. Por lo tanto, se hicieron los arreglos para tomar el test psicológico por segunda vez. En esta oportunidad, el test estuvo a cargo de un hombre que es miembro de nuestro equipo y, por ser él el psicólogo de mayor antigüedad, ayudó a la psicóloga que tomó el primer test a escribir su informe.

SESION 15 – 11 de agosto de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 semanas

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Unas dos semanas antes de la entrevista su mujer me llamó por teléfono para preguntarme qué debía hacer porque su marido le había contado que en varias oportunidades había buscado prostitutas para que lo masturbaran. Convinimos por teléfono que no debía hacerse nada de inmediato pero que ella le contaría a su marido que me había llamado y debía pedirle que la trajera con él a la próxima entrevista.

Entretanto, llegó el informe del psicólogo. Para mi sorpresa,

el test de Rorschach confirmó la opinión optimista expresada en mi último informe. A pesar de que estas dos novedades recién llegadas se contradecían, confiaba en que su mejoría sintomática se mantuviera y que la nueva situación preocupante fuera de una índole efímera, es decir, un síntoma pasajero de su paranoia subyacente.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

A pesar de que la Sra. Baker había llamado el día anterior para confirmar la hora de la entrevista, llegaron una hora más tarde, lo cual muy probablemente fue un acto fallido. Afortunadamente, no tenía ningún paciente citado a esa hora, de modo que pude atenderlos.

Los tres participamos de la primera parte de la entrevista. La Sra. Baker contó que en tres oportunidades en un lapso de unos pocos días el Sr. Baker había desaparecido en busca de prostitutas jóvenes, se había hecho masturbar por ellas, y luego le había relatado lo sucedido a su mujer. Como en las tres oportunidades él había sentido un gran alivio después de la experiencia, ella se sentía colocada en una situación muy difícil. Por una parte, a ella le disgustaba todo el asunto, en particular la última oportunidad en que después de hacer el amor con ella por la tarde en vez de regresar a la oficina como había dicho que lo haría, salió con una prostituta de unos veinte años de edad (la Sra. Baker tiene alrededor de 40 años de edad); por otra parte, ella está muy contenta con la mejoría observada y no quisiera hacer nada que lo perturbara. El Sr. Baker agregó que todo esto significaba una gran liberación para él. Toda su vida se ha sentido inhibido frente a la presencia de mujeres que lo atraían sexualmente y sus recientes experiencias demostraban que podía sobreponerse a esta inhibición. Añadió que también era cierto que detestaba tener que hacerlo en secreto, o sea, ocultárselo a su mujer. Ello hubiera significado que (a) se avergonzaba de lo que estaba haciendo, y (b) que el ocultamiento creara tensiones serias en su relación y pudiera poner en peligro la existente armonía. En ese momento la Sra. Baker, una mujer bastante atractiva, comenzó a llorar. Resumí la situación diciendo que parecía ser que la liberación del Sr. Baker se tenía que pagar con el sufrimiento de la Sra. Baker y que existía un problema real que había que resolver: ¿cuánta

liberación se ha de alcanzar al precio de cuánto sufrimiento? Este comentario fue seguido de un silencio y aproveché la oportunidad para pedirle a la Sra. Baker que nos dejara solos, cosa que hizo de inmediato.

Sólo nos quedaba un cuarto de hora de modo que, lamentablemente, el resto de la entrevista fue algo apresurada. El Sr. Baker enfatizó que él no quería relacionarse con estas jóvenes. Lo que el deseaba era algo así: ir a una exhibición de coches, pagar una suma pequeña y llevarse alguno de los modelos nuevos para ponerlo a prueba, luego devolver el coche sin que existiera ningún otro compromiso. Comparó esta situación con la muchacha alemana, que ahora trabaja en un bar elegante donde él la visita ocasionalmente y toman un trago y conversan un poco, pero a él jamás se le ocurriría invitarla a pasar un fin de semana juntos o una noche en Londres a pesar de que está bastante seguro de que la muchacha aceptaría. Ello significaría un compromiso, algo que él no desea. Otro motivo para salir con prostitutas es que para él no quiere decir que le está siendo infiel a su mujer, ya que las muchachas no significan nada para él excepto estimulación sexual y placer. No hay amor involucrado.

La hora había terminado y tenía que apresurarme a tomar alguna decisión porque el siguiente paciente ya me estaba esperando. No consideré oportuno interpretar toda la situación de modo que le propuse que nos volviéramos a ver, por lo menos una vez más. Aceptó pero me pidió que hablara un minuto con su mujer. Acepté, pero ella no estaba en la sala de espera. El Sr. Baker dijo que iba a buscarla al coche, que estaba estacionado frente a mi casa, y que la mandaría sola, con lo cual me puso en una situación bastante incómoda. Afortunadamente no habíamos concretado la hora de la próxima entrevista, para mi alivio, así que regresó con ella. Conversamos unos minutos, convinimos la fecha de la siguiente entrevista y luego ellos partieron.

B. ATMOSFERA

No había una verdadera tensión entre los dos, si bien la Sra. Baker parecía algo nerviosa. El Sr. Baker estaba tan cordial como de cos-

tumbre, pero con un dejo sombrío, un fenómeno decididamente nuevo. Como se podrá observar en este informe, yo contaba con muy poco tiempo, de modo que mis contribuciones fueron algo vagas.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Claro que hubo varias. (1) No se hizo ningún intento por aclarar quién se había equivocado con la hora. ¿Se había debido a la ambivalencia de la Sra. Baker o a una conspiración entre los dos? (2) Si bien, interpreté la semejanza entre los cuestionamientos obsesivos que antes hacía a su esposa y la reciente carga de tensión sobre ella al informarle de sus relaciones con las prostitutas, me abstuve de mencionar la otra similitud, que quizá sea la más importante aun: él le hace a la prostituta algo parecido a lo que su mujer le permitió al otro hombre que hiciera con ella mientras él estaba en la India. Estoy bastante seguro de que éste es el verdadero mecanismo de la liberación y me propongo elaborar sobre este punto en la próxima sesión. (3) Por último, hay una interpretación de transferencia evidente: si yo propongo terminar el tratamiento, él presenta síntomas nuevos y alarmantes. Es muy probable que éste haya sido uno de los factores determinantes en sus experiencias homosexuales. Quería llamar la atención de su padre (del director). Este tema también se deberá tratar en la próxima sesión. (4) Si mi interpretación de (3) es acertada, considero que el hecho de que el acting out se haya dado en una dirección heterosexual, y no homosexual, es una señal favorable que también se debe interpretar en la transferencia. (5) Tampoco se interpretó la acción simbólica del final de la sesión. Es muy probable que lo que haya querido decir es que (a) inconscientemente, él me ofrecía a su mujer para que fuera usada como las prostitutas, y (b) a él le disgustaba, quería sorprenderme a mí o a ella, es decir, reforzar sus celos paranoides.

F. OBJETIVOS FOCALES

No puedo afirmar nada porque estoy algo confundido. Debo espe-

rar a que la situación evolucione un poco más, pero de ser posible me gustaría mantener mi posición inicial.

G. DESENLACE Y REFLEXIONES

Esta nueva manifestación de su trastorno se puede explicar de muchas maneras. (a) Si el informe del psicólogo respecto de la disminución de su temor por las mujeres fálicas es acertado, se podría considerar su acting out como una revancha en contra de una de ellas, es decir de su mujer. (b) De hecho, el contacto con prostitutas siempre implica establecer una relación con todos los hombres que han tenido relaciones con ellas y, visto desde este ángulo, puede constituir una expresión de su homosexualidad subyacente. (c) Todo esto se puede complicar con sus procesos paranoicos básicos: él se siente dañado por su mujer y debe infligirle el mismo daño. (d) Por último, están todos los temas vinculados con la transferencia. Todo ello se deberá tener en cuenta en la próxima sesión.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 15

A pesar de los progresos en el cuadro clínico, que fueron confirmados por el resultado del Rorschach, parece que el Sr. Baker se ha hecho cargo de su caso y ha decidido que necesitaba continuar con el tratamiento. El terapeuta no pudo sino acceder a su pedido.

SESION 16 – 18 de agosto de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 días

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Las mismas de la última sesión. No sabía si en realidad estábamos por iniciar una nueva etapa del tratamiento.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

1. Para mi sorpresa, su mujer vino con él e insistió en que debía participar de la entrevista y hablar primero. Lo que me quería

decir era que había tenido una discusión consigo misma sobre las recientes aventuras de su marido y que había llegado a la conclusión de que no debía darles mayor importancia. Era desagradable, pero en tanto y en cuanto no pusieran en peligro su relación matrimonial estaba dispuesta a soportarlas. Claro está que sería muy distinto si su marido estableciera algún tipo de vínculo con alguna de estas mujeres. El Sr. Baker no tuvo ningún comentario que hacer de modo que su mujer se fue.

2. El Sr. Baker me dijo que la situación había mejorado. Está tranquilo, ya no siente la necesidad de hacer un acting out, y, es más, piensa que esta etapa llegó a su fin. Ahora siente que puede apreciar a una mujer atractiva, e incluso sentirse estimulado sexualmente, y no se avergüenza de ello, pero esto no significa que quiera tener relaciones con ella.

Su relación con Farah ha mejorado mucho; quizá nunca antes se había sentido tan cerca de ella como ahora. En ese momento señalé que quizás esto se debía al hecho de que, en cierto modo, se había vengado. En un principio no comprendió lo que le quería decir, por lo que tuve que explicar que él hacía con las prostitutas algo semejante a lo que James había hecho con Farah en Chipre. No sin cierta renuencia aceptó mi interpretación pero señaló que existía una diferencia: en el caso de Farah había existido un compromiso emocional, en tanto que en el suyo no.

3. Siguió una serie de disquisiciones sobre la diferencia entre excitación sexual, los sentimientos y el amor verdadero. Lo dejé hablar sin interrumpirlo.

4. De manera gradual dejó de lado su actitud distante y volvió a ser la persona amistosa de siempre. Luego se dirigió a mí y me preguntó sin vueltas qué le había pasado. Acepté el desafío y le señalé que además de haberse vengado de su mujer, es decir, de haber tomado mayor contacto con su agresividad y haberse sentido herido por Farah, podía hablar con franqueza y sin inhibiciones con un hombre, compartir todos sus problemas, sus dudas y sentimientos. Le gustó esta idea. Luego le dije que quizá su recaída era una suerte de protesta por tener que abandonar una relación que significaba tanto para él.

5. En vez de responder en forma directa, me dijo que hacía un

tiempo que su madre estaba muy enferma y que temía que se volviera psicótica (la vejez). Hace unos días la fue a visitar a casa de su hermano (el padre no se puede hacer cargo de ella, así es que se mudó). El se sentó a su lado y hablaron sobre la infancia y el matrimonio de ella. Había sido una niña muy infeliz; su padre murió cuando ella tenía once años y su madre cuando tenía veintidós. Se sentía muy sola; poco después se casó. Se quejó de lo poco que la comprendía su marido. El Sr. Baker piensa que la ayudó un poco al señalarle que su padre también había tenido una infancia difícil y necesitaba mucha comprensión. La madre pareció sentir cierto alivio y se despidieron como buenos amigos.

Luego se refirió a su padre, con él mantiene una relación de bastante indiferencia. Ya no lo hace sentirse inseguro; no importa si entra en su oficina encolerizado. Al Sr. Baker ya no lo afecta.

6. La sesión ya estaba por terminar de modo que le pregunté cuáles eran nuestros planes para el futuro. Dijo que se sentía bastante bien y que pensaba que no necesitaba más apoyo por el momento, pero que le gustaría mantenerse en contacto conmigo por si necesitaba un poco de ayuda. Convinimos en que de todos modos me enviará unas líneas o tendremos una entrevista antes de mediados de noviembre (antes de mi viaje a los Estados Unidos), pero que se debía poner en contacto conmigo si aparecía algún síntoma alarmante.

Ahora resultó la persona amistosa de siempre y habló con mucha soltura del placer que le había dado hablar sobre todas las cosas que lo preocupaban. Me agradeció profundamente y luego me dijo que el verdadero motivo por el que Farah había venido a Londres era que quería agradecerme todo lo que había hecho por su marido. Le contesté que creía que él ya me había agradecido por los dos y que no hacía falta que fuera a buscar a Farah al coche. Se mostró complacido, aceptó mi propuesta y partió.

B. ATMOSFERA

Como ya se indicó, al principio de la sesión permaneció distante, pero su actitud fue cambiando gradualmente y al final de la sesión la atmósfera resultó muy amistosa. Creo que mi actitud fue cambiando de manera paralela con la de él, si bien estoy casi seguro de que no con la misma intensidad.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Aparte de E(1) del último informe de sesión, se trabajó en mayor o menor medida con todas las interpretaciones, algunas en forma explícita y otras, implícita.

F. OBJETIVOS FOCALES

Se mantuvieron. Ahora sí pudo aceptar que era el ganador y su victoria sobre todos los otros hombres, incluyendo a su padre. Por otra parte, creo que pudo llevar consigo la imagen del terapeuta como un objeto bueno al que siempre puede acudir si se encuentra en una situación difícil.

A diferencia del primer objetivo, que se alcanzó en la realidad, el otro objetivo focal –el de compartir su mujer conmigo– se alcanzó en forma simbólica en las dos últimas entrevistas. Creo que el hecho de que yo no haya aceptado su ofrecimiento de ir a buscar a su mujer para que me agradeciera (lo que sería compartir su mujer conmigo), una figura paterna en la transferencia, hasta puede llegar a ayudarlo a consolidar su victoria sobre las figuras paternas.

G. DESENLACE Y REFLEXIONES

En términos generales, creo que fue un final satisfactorio y creo que el seguimiento también será favorable. Mi intención es hacer el seguimiento durante un mínimo de dos años.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 16

C y D. 2. El paciente vino a hacer un "descubrimiento independiente". Se dio cuenta de lo que significaba su acting out, lo cual le permitió comprender un aspecto importante de su psicopatología.

¿Se habría alcanzado el mismo resultado – y con idéntico poder de convicción– si el terapeuta hubiera interpretado la tendencia al acting out y, de este modo, lo hubiera evitado sin proponérselo? ¿O, incluso, si le hubiera permitido cierto grado de acting out y se lo hubiera interpretado al comienzo, por así decir, forzando y ofreciendo su propio entendimiento del problema y sus soluciones al paciente?

Nosotros consideramos que un "descubrimiento independiente" hecho por el paciente es el que ejerce mayor influencia dinámica en cuanto a lograr tanto insight como cambios terapéuticos perdurables. Claro está que permitir cierto grado de acting out siempre implica correr algunos riesgos, porque todo acting out trae aparejado cierto peligro tanto para el paciente como para su medio circundante. En este caso, como en tantas ótras ocasiones en terapia, el problema del terapeuta no es decidir si permitirlo o no, sino qué tipo, cuánto y a qué precio.

C y D 3. Una vez más surge la siguiente pregunta: ¿deberá el terapeuta presionar hasta obtener un insight inmediato, más completo, casi total, o se le debe permitir al paciente hacer su descubrimiento en forma fragmentaria? También en este caso se trata de decidir qué, cuánto y a qué precio.

La cadena de asociaciones presentadas en este párrafo constituye sin lugar a dudas un intento por parte del paciente de limitar el efecto que el "descubrimiento independiente" puede tener sobre él mismo, sobredimensionando las pequeñas diferencias existentes entre las posibles experiencias de su mujer y las propias. La inclinación personal del terapeuta fue permitir que el paciente elaborara su propia solución e interferir en la menor medida posible, limitando sus propias interpretaciones al material elaborado por el paciente.

C y D 4. Parece demostrar que en este caso la actitud adoptada tuvo éxito y le dio al Sr. Baker la oportunidad de sentirse más libre con el terapeuta; por otra parte, le permitió al terapeuta y al paciente comprender todo el acting out y su repercusión en la situación terapéutica como una fase importante de la relación de transferencia.

En lugar de que el terapeuta interviniera para completar la verbalización de la comprensión de los hechos recientes como fenómenos de transferencia, fue el paciente quien lo hizo, tal como se describe en los párrafos 5 y 6.

Pudo mostrar el amor por su madre y su capacidad para comprenderla de modo que puso de manifiesto su recién adquirida identificación con el terapeuta, en tanto que esta misma identificación le permitió, por así decirlo, hacer las paces con su padre al

comprender sus dificultades y, así, disminuir su propio resentimiento, temor y odio hacia él.

Debe destacarse que la última de las sesiones a intervalos regulares fue la número 13, el 12 de mayo de 1961, en tanto que la 17 tuvo lugar el 10 de octubre de 1961, fecha a partir de la cual el paciente y el terapeuta volvieron a reunirse a intervalos regulares, es decir, que en cinco meses sólo hubo tres sesiones. Si bien es cierto que estas sesiones fueron muy intensas y provechosas, conviene recordar que por consentimiento mutuo se intentó finalizar la terapia. Esta resultó ser una medida prematura ya que el mismo paciente fue quien insistió en continuar con el tratamiento, cosa que el terapeuta aceptó sin vacilar. (Véanse, por ejemplo, las intervenciones terapéuticas en la sesión 16, C y D, párrafo 4.)

En esta sesión optamos por abandonar nuestro intento por reconstruir la estructura de cada sesión que pusimos en práctica desde la sesión 9. El motivo que nos llevó a hacerlo es que gran parte de la reconstrucción parecía parafrasear los informes de sesión, principalmente el resultado y las reflexiones E, F y G. Esperamos que el lector pueda reconstruir la dinámica de cada sesión por sí mismo. De todos modos, este tema se analizará en forma más detallada en el capítulo 7.

SESION 17 – 10 de octubre de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 semanas y 4 días

PREAMBULO

El 6 de octubre me llamó por teléfono el médico de cabecera para informarme que la Sra. Baker había acudido a verlo en un estado de profunda angustia: apenas podía soportar el constante cuestionamiento de su marido. Es más, el médico se encontró con un amigo del Sr. Baker que estaba muy preocupado porque la última vez que lo vio lo había notado muy perturbado, casi loco. La principal preocupación del médico era la Sra. Baker. Temía que sufriera una crisis y me pedía que lo ayudara. ¿Debía tratar de administrarle al Sr. Baker dosis altas de tranquilizantes o internarlo en un hospital? Convinimos en que ésta sería una última opción; quizá primero

tendrían que venir a verme. Aceptó sin vacilar y se sintió muy aliviado.

El Sr. Baker llamó por teléfono el 7, un sábado, pero yo había salido. Dejó dicho que me llamaría más tarde. No tuve más noticias hasta la tarde del domingo en que el médico me volvió a llamar con malas noticias. La situación parecía ser insostenible. Después de asegurarme de que el Sr. Baker podía manejar hasta Londres, reiteré mi ofrecimiento de verlos lo antes posible. El lunes por la mañana el Sr. Baker me llamó por teléfono y concertamos una entrevista para el martes 20 de octubre.

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Evidentemente una exacerbación seria, con un posible aceleramiento en el desarrollo de su paranoia. Aun así, esperaba poder hacer contacto con él y ayudarlo un poco.

B. ATMOSFERA

Sin duda muy sombría al comienzo. Casi imposible acercarse a él, obsesionado por su idea fija, y en más de una ocasión estuvo a punto de gritar cuando se lo contradijo. En la tercera fase de la sesión, cuando estuve a solas con él, hice algunas interpretaciones con resultados sorprendentes. La hostilidad paranoide desapareció en gran medida y se restableció casi por completo la vieja atmósfera amistosa.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

1. Cuando los recibí en la sala de espera, el Sr. Baker propuso en términos imperativos que primero viera a su mujer a solas. Teniendo en cuenta mi segundo objetivo focal, accedí. Ella estaba realmente angustiada. La situación había empeorado bastante. En las épocas malas el Sr. Baker la retiene durante horas en el dormitorio o en el baño y la interroga y tergiversa todo lo que ella dice. Como resultado, a ella le resulta muy difícil atender a sus tres hijos, si bien éstos están bastante ocupados con las tareas del colegio. El descubrimiento más reciente se produjo mientras analizaba la situación con su médico de cabecera, en particular los interrogatorios

del Sr. Baker, y surgió que quizá no estaba enamorada de su marido cuando se casaron sino que lo había hecho sólo porque se sintió obligada a hacerlo. Añadió que ella sabía que esto no era cierto, que estaba muy enamorada de su marido, pero si se tomaban en cuenta sus interrogatorios despiadados y las tergiversaciones, ésta parecía ser una conclusión lógica. Es más, se sintió obligada a decírselo a su marido. El resultado fue un gran dolor seguido de una depresión que duró varias horas, al cabo de las cuales el paciente se sintió mucho mejor y se mostró tan cariñoso como siempre.

Intervine aquí para mostrarle lo peligroso que puede resultar este juego con la verdad. El Sr. Baker tomará su comentario al pie de la letra y la involucrará aun en más contradicciones. Ella entró en crisis y comenzó a llorar al tiempo que manifestaba su inocencia y su incapacidad para enfrentar a su marido. Le mostré comprensión pero tomé nota del hecho de que sin lugar a dudas ella también contribuye a las dudas paranoides que atormentan a su marido.

2. Entonces sugerí que llamáramos al Sr. Baker, a lo que ella accedió. No cabía duda de que al entrar se encontraba en un estado casi psicótico: perentorio, inabordable, casi no permitiendo hablar a nadie, y sin capacidad alguna para tolerar las contradicciones. Durante unos pocos minutos experimenté con él; puse a prueba su tolerancia a la contradicción o al contra-argumento, que, por cierto, resultó bastante limitada. Fue durante este período que casi me gritó. Mi otro objetivo era mostrar a su mujer cómo mantenerse firme y no permitirle que tergiversara lo que le decía. Creo que esto la impresionó; al menos, escuchaba con mucha atención, pero no sé cuán profundo fue el efecto de mis palabras.

3. Al cabo de unos instantes, le pedí que se retirara y la acompañé hasta la puerta. La tensión era tan grande que el Sr. Baker se dirigió a la ventana, de modo que quedó dándome la espalda. Regresé a mi asiento y comencé admitiendo que estaba muy preocupado por él. Nunca lo había visto en ese estado. Entonces él regresó a su silla y me preguntó sin rodeos: "¿es cierto que estoy atormentando a mi mujer?". Le respondí que, efectivamente, eso era lo que hacía, pero que se atormentaba a sí mismo casi en la misma medida.

Entonces lanzó una perorata sobre su amor por la verdad, sobre el juego de las escondidas de su esposa, sobre los secretos que

ella ha de ocultarle a él, que no puede vivir con una mujer que tiene secretos con su esposo, que lo único que él pide son respuestas lógicas a preguntas lógicas, etc., etc. Le dejé hablar durante un lapso bastante prolongado, pero finalmente le señalé que el principio que regía su vida era "fiat justitia pereat mundus".* Esto lo hizo callarse y, luego de una corta vacilación, aceptar que eso era precisamente lo que sentía.

4. Esto aclaró un poco la situación, pero él retomó sus cavilaciones paranoides sobre la diferencia entre qué significaba amor y sentirse enamorado o atraído, etc. Le demostré cómo todas estas distinciones claras y precisas tenían un objetivo: encontrar a su mujer en falta e involucrarla en contradicciones insolubles. Pareció aceptar esta interpretación porque me preguntó por qué atormentaba a su mujer y a sí mismo hasta tal extremo. Volví a reiterar mi vieja interpretación de que él no puede aceptar el hecho de que había vencido a su oponente.

5. Luego me preguntó qué había querido decir durante la última etapa del tratamiento, cuando en reiteradas oportunidades repetí que debía aceptar el hecho de que durante varios meses su mujer había dudado con cuál de los dos hombres quedarse pero que al final lo había elegido a él. ¿Quería decir que lo había elegido a él pero que amaba al otro? Le mostré una vez más que estaba tratando de hacer conmigo lo que hacía con su esposa, a saber, tenderme una trampa. El sabía tan bien como yo que lo que había querido decir es que lo había elegido a él porque sentía que era a él a quien amaba. Para entonces gran parte de la tensión se había disipado y una vez más nos encontrábamos trabajando juntos, si bien la atmósfera paranoide no había desaparecido por completo.

6. Luego me preguntó si existía alguna posibilidad de que los ayudara a que no se atormentaran el uno al otro hasta tales extremos. Le respondí con cautela que en vista de todo lo que habíamos podido modificar durante el invierno, quizá podíamos volver a intentar. Aceptó mi propuesta con gran entusiasmo y acordamos que durante algún tiempo nos reuniríamos dos veces por semana.

7. Sintetizando, le señalé que parecía sentir la compulsión a presionar a su mujer hasta que ella dijera algo que lo lastimara profundamente, después de lo cual caía en un estado de depresión profunda del que emergía tan afectuoso como siempre. Se quedó algo pensativo y me pidió que volviéramos a analizar este proceso en la sesión siguiente. Luego me pidió que fuera a ver a su mujer para tranquilizarla.

8. Acepté y pensé en mi segundo objetivo focal. Mi expectativa se vio confirmada cuando al llegar a la sala de espera me dio un suave empujón para que yo entrara solo. Me resistí y entramos juntos. Procuré que el encuentro fuera muy breve. Señalé que lamentaba lo ocurrido y expresé mi opinión de que la situación no era sencilla; le recomendé a la Sra. Baker que se aferrara a la verdad y que no se dejara confundir. Añadí que, dadas las características de su enfermedad, el Sr. Baker necesita saber con certeza si lo que piensa es exacto o no, pero que esto no debe llevarla a decir nada que no considere verdad.

* "Hágase justicia, perezca el mundo". [T.]

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

La sesión, que se prolongó durante una hora y media, fue tan intensa que no creo que hubiera podido hacer nada excepto mantenernos a flote.

F. OBJETIVOS FOCALES

Se mantuvieron intactos.

G. RESUMEN Y REFLEXIONES

Existe la posibilidad de que esta exacerbación sea una expresión de su resentimiento porque lo abandoné en manos de su mujer. Su comportamiento a lo largo de la sesión se podría comparar con el de un pretendiente rechazado que luego se entera de que su novia aún está interesada en él. Por cierto, esto se debe interpretar, pero todavía resta por definir en qué términos. ¿Se debe emplear la homosexualidad con libertad o hay que ser muy cauteloso? Por otra parte, se debe tener en cuenta que éste es el único camino via-

ble para una psicoterapia de su paranoia, y además que un paranoico no puede soportar el engaño. Sin embargo, cualquiera de estas interpretaciones irá mucho más allá de lo planteado en los dos objetivos focales, de modo que mi predicción para el próximo período es de mucha intensidad.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 17

Con el consentimiento del terapeuta, éste y la Sra. Baker hablaron a solas por primera vez. Esta sesión fue la más agitada, intensa y paranoide de todas. La insistencia del paciente al comienzo de la sesión para que el terapeuta hablara a solas con su mujer, así como su intento de empujarlo para que entrara a la sala de espera y estuviera solo con ella, indican que el segundo objetivo focal elegido es el correcto. La sesión también muestra todas las dificultades a las que un terapeuta debe hacer frente cuando quiere establecer y mantener una relación de confianza con un hombre que está tan enfermo como el Sr. Baker. Y por último, la prueba más difícil fue la escena en la sala de espera, oportunidad en que el paciente esperaba que el terapeuta tranquilizara a su mujer. Claro está que no fue eso lo que hizo el terapeuta, sino que trató de mostrar a su esposa de qué manera podía tratar de evitar conspirar con la enfermedad de su esposo. Estas pocas frases ilustran lo difícil que es, incluso para alguien que no está involucrado emocionalmente, atenerse a la verdad y aun así evitar los muchos peligros y trampas que una verdadera inquisición paranoide encierra para cualquier ser humano.

Otro comentario importante es que, bajo la presión del severo deterioro, el terapeuta le ha ofrecido al paciente sesiones dos veces por semana en vez de continuar como hasta ese momento, una vez por semana.

El terapeuta no estaba seguro de cómo debía interpretar este serio cambio. La idea menos inquietante era considerar el deterioro como una respuesta violenta a la aceptación del terapeuta de que el tratamiento estaba por llegar a su fin. El deterioro era entonces un severo castigo al terapeuta por haber querido abandonar a su paciente. La otra posibilidad, más ominosa, era considerar la enfermedad paranoide como un proceso progresivo irrefrenable que, si bien se puede disminuir el ritmo de su avance o incluso detener en forma temporaria como resultado de una intervención psicoterapéutica, sigue indefectiblemente su camino. Esta actitud dubitativa, de incertidumbres por parte del terapeuta, se ve con claridad en las próximas sesiones.

SESION 18 – 13 de octubre de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 3 días

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Se preveía un período muy intenso con gran caudal emotivo.

B. ATMOSFERA

Mucho más tranquila, si bien no tan amistosa como antes. Parecía que su paranoia había ido en aumento y que en ciertas ocasiones había estado irritado e impaciente, pero no le respondí en los mismos términos. Es más, mi influencia sobre él continuaba siendo positiva, de modo que pudimos comunicarnos.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

1. Muy poco material nuevo en la sesión. Primero, una larga disquisición sobre lo cierto que era que quería lastimar a Farah y a sí mismo. Después de una prolongada exposición concluyó que no quería herir a ninguno de los dos y, si bien los dos resultan heridos al final, ésa no es su intención.
2. De ahí pasamos a un comentario que yo hice el martes con respecto a que él y Farah no hablan un mismo idioma. Tras analizarlo, llegó a la conclusión de que Farah no usa las palabras del mismo modo que él, lo cual provoca mucha irritabilidad y malentendidos. Señalé que de todos modos resulta bastante difícil expresar lo que se siente en palabras. Respondió a mi comentario de manera paranoide ya que trató de dar vuelta a lo que yo había dicho, de modo que mi mensaje era que la gente oculta sus sentimientos. No sin dificultad eliminé esta sospecha, pero no estoy seguro de que sea de modo definitivo.

3. Luego me preguntó a qué se debía su necesidad de persistir inexorablemente con sus interrogatorios. Al cabo de algunos minutos le propuse que se debía a que no puede tolerar la falta de armonía entre él y cualquier persona importante en su medio. Aceptó este comentario y citó algunos ejemplos, todos relacionados con personas del sexo masculino. Aproveché esta oportunidad para presentar mi interpretación de que quizás éste había sido uno de los motivos de su última recaída, que él sintió que nosotros dos no nos entendíamos y que eso era más de lo que podía tolerar. También aceptó este comentario y citó dos o tres interpretaciones que en un principio había comprendido de una manera y que ahora se da cuenta de que significan lo que yo le interpreté. La más importante de todas era que él no podía aceptar el hecho de que Farah lo hubiera elegido. El había entendido que Farah lo había elegido por un deber de conciencia en tanto que yo, sin lugar a dudas, había querido decir por amor.
4. Llegamos al final de la sesión y acordamos que al menos por una semana más nos veríamos dos veces.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Si bien mi intención era interpretar su homosexualidad latente, sólo pude llegar hasta donde lo muestra lo transcrito.

F. OBJETIVO FOCAL

Se mantuvo.

G. DESENLACE Y REFLEXIONES

Decididamente más tranquilo. En varias oportunidades mencionó que desde la última sesión la situación había mejorado mucho. Sin embargo, pude percibir cierta sospecha paranoide en el transcurso de la sesión. Mis predicciones son muy inciertas, pero no del todo desesperanzadas.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 18

C y D. 3. Es cierto que esta interpretación se podía haber hecho de muchas maneras, relacionando diversos objetos y empleando distintos niveles. Lo que el terapeuta hizo fue subrayar la amenaza de la falta de armonía en la situación terapéutica al tiempo que se mantuvo por completo en un nivel adulto. Las alternativas podían haber consistido en emplear la relación del Sr. Baker con su antiguo rival, James, o con su padre, ya fuera en la edad adulta o durante su infancia. Conociendo todo el material anal de su niñez, también se podía haber hecho una interpretación en lenguaje primitivo utilizando objetos parciales anales. Todo esto hubiera sido correcto y pertinente, pero casi todas estas alternativas hubieran alejado el trabajo terapéutico de los dos focos elegidos y creado el riesgo de que, como se dice en la jerga del equipo de investigación de la terapia focal, "la terapia focal se transformara en una psicoterapia a largo plazo o en un psicoanálisis". La única excepción hubiera sido utilizar la relación con James para la interpretación. Se prefirió una "interpretación de transferencia" con el propósito de reducir la intensidad de los sentimientos en la relación terapéutica, que eran amenazadoramente ambivalentes. Esta fue una fórmula de transacción entre el objetivo focal y lo meramente técnico en análisis y terapia analítica, pero el terapeuta consideró que era lo adecuado.

Toda la entrevista nos llevó a alejarnos de la idea del proceso paranoide irrefrenable y nos acercó a la posibilidad de que la terapia tuviera el suficiente poder para movilizar las fuerzas integradoras del paciente para así poder alcanzar un equilibrio aceptable.

SESION 19 – 17 de octubre de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 4 días.

PREAMBULO

La Sra. Baker llamó el lunes para preguntar si su marido podía venir con su amigo a la próxima sesión. Acepté el pedido.

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Algo intrigado sobre el significado de esta nueva situación; por lo demás estoy seguro de que podremos continuar avanzando.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

1. Me saludó muy cordialmente en la sala de espera y propuso que su amigo entrara con él de inmediato porque tenía información importante para mí. Los tres entramos en mi consultorio. Su amigo resultó ser Keith. Me contó que el Sr. Baker lo había ido a visitar el sábado en un estado muy depresivo y que hablaba de ahorcarse en el garage de Keith. Este se preocupó y mantuvieron una larga charla que se prolongó durante varias horas y durante la cual decidieron que, en vista de que de todos modos Keith vendría a Londres el martes, debía combinar para que fuera con el Sr. Baker a verlo.

La idea de Keith era que su amigo padecía de un serio complejo de inferioridad, provocado por su padre y reforzado por el hecho de que la familia era sólo una especie de pariente pobre de los otros Baker (el primo del Sr. Baker), los dueños de mitad del pueblo y prácticamente millonarios. Según Keith, el Sr. Baker había sido un joven muy atractivo, deseado por todas las mujeres y que a pesar de que hubiera podido conseguir a cualquiera de ellas, siempre pensaba que nadie lo quería. Luego relató en forma detallada cómo el Sr. Baker le había escrito a Keith cientos de cartas durante su noviazgo con Farah en las que le expresaba su asombro por el hecho de que una mujer tan hermosa e inteligente se hubiera enamorado de él. Keith pensaba que esto contribuía mucho a la presente situación. Para él la mejor solución era que Baker se fuera a vivir a otro pueblo para así poder dejar de compararse con sus primos ricos. Le agradecí su ayuda, pero como quería que todo quedara claro le pregunté a cada uno de ellos si era cierto que los dos pensaban que el otro podía haber tenido mucho éxito con las mujeres, pero que debido a su tonto complejo de inferioridad no habían podido hacer uso de esta posibilidad. Los dos respondieron afirmativamente mientras se reían.

2. Después que Keith partió, el Sr. Baker me explicó que, si bien

estaba deprimido, la mención del suicidio había sido sólo una manera de expresar lo que sentía, pero que no había pensado en hacerlo. Luego tratamos de encontrar alguna relación entre lo relatado por Keith y la fórmula que habíamos desarrollado juntos, a saber, que él –este hombre tan inferior– no podía aceptar el hecho de que hubiera podido vencer a su rival.

3. Entonces me preguntó si era cierto que su educación había sido una suerte de condicionamiento que lo había llevado a esta situación. Le respondí afirmativamente.

4. Cuando subrayé que él había aceptado su inferioridad debido al gran cariño por su padre, añadió que su madre no era mejor. También ella trataba de hacerlo sentir inferior. Entonces interpreté la ambivalencia que resultaba de la actitud de su madre y que era probable que ése fuera el motivo por el que él tenía que atormentar a Farah hasta tal punto.

5. Confirmó lo que yo acababa de decir haciendo referencia al hecho de que en muchas oportunidades Farah le había señalado lo aferrado que estaba a su madre. Luego me preguntó cómo era posible que Farah, de regreso de su visita al médico, llegara con el descubrimiento de que quizá nunca lo había amado. Le señalé que sus interrogatorios constantes habían puesto tal presión sobre Farah que había quedado destrozada y durante algún tiempo aceptó conscientemente la versión que una pequeña parte de ella sentía como toda la verdad. Comprendió y completó mi interpretación: un par de horas más tarde, una vez que se tranquilizó, Farah le dijo que no comprendía cómo había podido decir una cosa semejante. Entonces, toda la secuencia adquirió sentido para él.

6. El mismo sacó el tema de la homosexualidad sublimada al decir que lo que necesita es una palmada en la espalda de algún hombre que sea importante para él, como por ejemplo Keith o yo. Cuando la recibe, todo parece reacomodarse y él se siente mucho mejor. Así terminó la sesión y convinimos en que volverá el próximo viernes.

B. ATMOSFERA

Cordial desde el principio, y más cordial aun hacia el final de la sesión cuando tratamos sus sentimientos homosexuales positivos latentes.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Mi única duda era con qué profundidad debía interpretar su homosexualidad, tanto en el mundo externo como en la transferencia. En términos generales, considero que sería más apropiado permitirle llegar hasta donde pueda por sí solo e incorporar las interpretaciones cuando termine.

F. OBJETIVO FOCAL

Sin modificaciones.

G. DESENLACE

Prometedor.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 19

C y D. 1. Muestra un caso instructivo de lo que se da en llamar "terapia ambiental", propuesta por el amigo del Sr. Baker. Es sensato y es probable que ayudara a aliviar las tensiones internas del Sr. Baker, si se tratara de un hombre más sano. Por otra parte, es muy discutible el efecto que este tipo de terapia pueda tener sobre él en vista de su estado de salud actual. En vez de criticar esta posición, el terapeuta interpretó la similitud entre los dos amigos, en particular, la idealización y la exageración con respecto a las posibilidades de los dos con las mujeres, así como la envidia suprimida de cada uno de ellos con respecto a los supuestos éxitos del otro. Desde luego que no lo expresé de esta manera, pero les pregunté a los dos si era cierto que cada uno pensaba que el otro había tenido mucho éxito con las mujeres y que, debido a sus tontos complejos de inferioridad, no había podido aprovechar esa situación. Una carcajada espontánea mostró que ambos aceptaban este señalamiento de la idealización mutua y llena de envidia.

C y D. 5. Uno de los puntos críticos en todo el tratamiento. Gracias al terapeuta el Sr. Baker pudo hacer uno de sus "descubrimientos independientes". Descubrió que su actitud paranoide es lo suficientemente poderosa como para cambiar *su* mundo, en este caso en

particular a Farah, hasta convertirla en una mentirosa. En otras palabras, la puede atormentar durante un lapso tan prolongado que ella queda destrozada y termina por aceptar como verdad única lo que una pequeña parte de ella se siente obligada a sentir y pensar bajo la presión extrema que ejerce su marido. También pudo relacionar el tormento que le inflige a su esposa, la disminución gradual de la resistencia de Farah hasta quedar finalmente destrozada, y, por último, su recuperación lenta después de lo cual debe retractarse de sus confesiones obligadas. El proceso tenía sentido para él y pudo aceptar que era eso lo que sucedía.

Este descubrimiento, claro está, se ve facilitado en gran medida por los recuerdos de todos los difíciles conflictos de su niñez provocados tanto por su padre como por el carácter de su madre.

(véase C y D.3 y 4). Se podría considerar esta secuencia como un testimonio significativo por haber unificado en una sola interpretación, tanto desde un punto de vista genético como dinámico, las experiencias de la infancia y la situación actual. Esto se "pensó pero no se verbalizó" por dos motivos: (a) porque hubiera alejado las interpretaciones del paciente de los focos elegidos y (b) por la preferencia, ya de mucho tiempo atrás del terapeuta de trabajar con *Erlebnis* (vivencias) en vez de demostrar por medio de una interpretación correcta e inteligente que sus conocimientos y su comprensión son infinitamente mejores que los de su paciente. El primero de estos métodos, el que trabaja con *Erlebnis*, lleva al establecimiento de una relación semejante a la que se está desarrollando en este tratamiento, en la que paciente y terapeuta –la mayor parte del tiempo, pero de ninguna manera todo el tiempo– se dedican como iguales a trabajar en una tarea muy difícil, que está llena de sorpresas para ambos y los estimula a los dos a hacer "descubrimientos independientes". A menos que el terapeuta pueda aceptar en forma cabal y sin ningún tipo de reservas que los descubrimientos de su paciente son tan importantes como los propios –es decir, no se siente amenazado, inseguro, competitivo, etc.–, no se puede establecer esta relación de igualdad.

En el segundo caso, es decir cuando el terapeuta trata de proporcionar interpretaciones genéticas y dinámicas correctas y profundas en cuanto el material así lo permite sin aguardar a que el

paciente haga *sus* propios "descubrimientos independientes", es inevitable que se genere un tipo de atmósfera muy distinta, en la que el terapeuta no puede aparecer a los ojos del paciente sino como un ser humano incomparablemente más capaz, lo cual no hará sino reforzar esa desigualdad que dio origen a tantos problemas durante la niñez del paciente entre él y su medio (y fundamentalmente con sus padres).

C y D. 6. La recompensa del terapeuta por su paciencia, es decir, por esperar a que el paciente hiciera sus "descubrimientos independientes", fue la asociación del paciente. En esta asociación, el Sr. Baker habló espontáneamente de su necesidad de relaciones homosexuales positivas sublimadas.

SESION 20 – 20 de octubre de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 3 días

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Esperaba que la situación continuara mejorando.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

Para mi sorpresa me encontré con que el Sr. Baker había venido con su mujer y propuso que estuviéramos los tres presentes en la entrevista.

1. Si bien hace unos días que cesaron los interrogatorios la situación se ha vuelto mucho más tensa en los últimos días. El principal problema radicaba en que él no podía aceptar la posibilidad de que Farah hubiera estado enamorada de él en Chipre al mismo tiempo que creía estar más o menos enamorada de James. Le hizo repetir a su mujer varios comentarios que ella le había hecho y que eran obviamente contradictorios.

2. En primer término, a fin de ayudar a su esposa, les señalé a ambos que estas contradicciones no desaparecerán jamás por varios motivos: (a) es casi imposible expresar nuestros sentimientos en palabras con exactitud; las palabras son mucho menos ricas que las emo-

ciones; (b) él le exige a su mujer que exprese sus sentimientos de un modo que sea comprensible e inequívoco para él. Al hecho de que son dos seres humanos diferentes hay que sumarle la dificultad de que él es hombre en tanto que ella es mujer; (c) él crea una atmósfera sumamente opresiva como resultado de su propio sufrimiento, con lo cual extorsiona a su mujer para que se esfuerce cada vez más y así la induce a contradicciones aun mayores.

3. Convinimos en que la Sra. Baker debía dejarnos a solas, después de lo cual comenzó una larga disquisición sobre estar enamorado, los lazos afectivos, la estimulación sexual, etc. Por momentos se sentía tan dolido que no podía quedarse quieto y caminaba de una punta a la otra de la habitación. Si bien le expresé mi comprensión y preocupación por él, insistí en que lo que él pretendía de su mujer era un imposible. Debía aceptar el hecho de que lo único que iba a conseguir era que ella le dijera que salió con ese otro hombre, que le gustó, que comenzó a jugar con fuego, que quedó fascinada y durante un tiempo dudó con cuál de los dos quedarse, pero que al cabo de un corto tiempo aclaró sus sentimientos y eligió al Sr. Baker.

4. Esto pareció tranquilizarlo un poco y pudimos continuar con un poco de trabajo constructivo, que giró alrededor del hecho de que no puede aceptar como posible que alguien pueda estar enamorada de dos personas a la vez, aunque sea con distinta intensidad. Nos llevó bastante tiempo desentrañar este punto. El problema principal parecían ser los celos y su resentimiento por el hecho de que él no había tenido esta experiencia (a saber, estar enamorado de dos mujeres simultáneamente). Nunca perdió la cabeza, excepto con Farah. En todas las demás oportunidades, se tratara de hombres o mujeres, siempre había podido mantener sus acciones bajo control. Con esto concluyó la sesión y fijamos la próxima entrevista para el martes.

B. ATMOSFERA

En un comienzo la atmósfera era tensa, casi hostil, y decididamente paranoide, en tanto que al final fue bastante relajada y casi tan amistosa como en anteriores oportunidades.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Es obvio que en su caso la imposibilidad de estar enamorado de dos personas a la vez está relacionada con sus sentimientos hétero-homosexuales. Lamentablemente, cuando alcanzamos este punto el tiempo ya se nos había acabado y yo no podía introducir el tema sin la preparación adecuada. Pienso hacerlo en cuanto se me presente una nueva oportunidad.

F. OBJETIVO FOCAL

En líneas generales, se mantuvo, aunque algo impreciso.

G. DESENLACE

Incierto, pero no sin esperanzas.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 20

C y D. 2 y 3 constituyen quizás una buena ilustración de la manera en que el terapeuta trabajó con la paranoia. No intenta ni explorar ni disminuir la importancia de la conducta paranoide; nunca se refiere a ella con algún nombre peyorativo, tal como errado, neurótico, psicótico, irracional, infundado, etc. La acepta como lo que es: un aspecto fundamental de toda la vida mental del paciente. Pero no se detiene ahí. Siente que debe permitir a éste darse cuenta –claro, que sólo en el momento adecuado– de cuál es la significación de sus expectativas respecto del mundo, hasta qué punto le resulta a la gente posible o imposible compartir dichas expectativas y cuáles son las consecuencias de su conducta habitual hacia las personas involucradas. Fue esto precisamente lo que se hizo; es más, aun cuando el paciente trató de librarse, el terapeuta se mantuvo firme en su posición.

SESION 21 – 24 de octubre de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 4 días.

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Esperaba que pudiéramos continuar avanzando en nuestro trabajo incluso hacía unas dos sesiones había anticipado que se acercaba un período de paranoia intensa, pero, para mi sorpresa, la entrevista se desarrolló en una atmósfera muy amistosa y no fue en absoluto intensa.

B. ATMOSFERA

Muy amistosa, sin señal alguna de la tensión paranoide de la sesión anterior.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

1. Progreso general. Después de la última sesión no hubo más interrogatorios ni discusiones. El y Farah han disfrutado de una paz sin interferencias. Incluso, estuvo pensando en dos planes: llevar a Farah al Africa por un par de semanas o sugerirle que fuera a visitar a su hermana por una semana o diez días para recuperarse de los malos momentos pasados en las últimas semanas.
2. Ahora comprende la situación. Todo se aclaró y acepta lo tratado entre los tres, etc. Aproveché la oportunidad para señalar que esto equivale a aceptar el hecho de que triunfó sobre su rival.
3. Luego comenzamos a hablar sobre sus sentimientos de inferioridad, respecto tanto de los hombres como de las mujeres. (a) De su padre, de Keith, de James y quizá también respecto de mí. Estuvo de acuerdo y añadió que aún le resultaba extraño sentir que había superado a su padre y que ahora debía aceptar que había superado a James. A mí no me incluyó. (b) Recordamos el comentario de Keith de que el Sr. Baker siempre sentía que no podía gustar a ninguna mujer. A modo de confirmación agregó que a Keith siem-

pre le había molestado mucho el hecho de que él, Keith, fuera mucho más bajo que Baker. Pero esto ya era cosa del pasado.
4. Este fue el tono de la sesión sin que se observaran mayores cambios. Ha vuelto a sentirse feliz por tener una buena esposa que, si bien no es muy demostrativa –de hecho, lo es mucho menos que él, sin duda lo ama.
5. Al finalizar la sesión concertamos la próxima entrevista para el viernes, después de la cual nos reuniremos una vez por semana a fin de poder terminar antes de mi viaje a los Estados Unidos.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Siento que debería haber interpretado la chatura de la sesión, pero no sé cómo.

F. OBJETIVOS FOCALES

Se mantienen los mismos.

G. DESENLACE

Algo desconcertante. No sé qué pensar.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 21

C y D.2. Este constituye otro ejemplo de "atención selectiva" y "omisión selectiva". Las asociaciones del paciente se interpretan de manera tal que sea posible orientar el trabajo hacia uno de los focos elegidos.

Como resultado, tal como lo demuestra el párrafo 3, el Sr. Baker pudo trabajar bien en el área focal elegida y hacer un progreso considerable en cuanto a alcanzar una solución.

En el párrafo 4 surgió un nuevo tema, a saber, que su mujer era menos demostrativa que él. Esto, por cierto, puede ser una consecuencia de su educación –proviene de una cultura en la que se supone que debe esperar a que su esposo se le acerque–, pero también puede constituir nueva evidencia de sus sospechas paranoides, es decir que ella aún está enamorada de James a pesar de haber contraído matrimonio con él. Por ahora, no se tocó el tema. No sabemos por qué motivo el terapeuta no incluyó una referencia en el apartado E de su informe.

SESION 22 – 27 de octubre de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 3 días.

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Inciertas, pero con esperanza.

B. ATMOSFERA

Amistosa, como de costumbre.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

1. Continúa mejorando, no hay más interrogatorios, atmósfera tranquila y agradable en la casa. Farah le pidió que me dijera que según ella el Sr. Baker está mucho maś tranquilo; incluso cuando vuelve cansado del trabajo, su cansancio no es desmedido.

Charla breve sobre qué podría haber causado el cambio. De modo gradual surgió, y fui yo quien lo verbalizó, que el principal motivo es que existe entre nosotros un buen entendimiento.
2. Volvió a sus cavilaciones: Farah había "fingido" (a) ante él que ella nunca había tenido ninguna duda de que lo amaba, y (b) ante James que estaba enamorada de él y aceptó llamarlo "querido". Se volvió a iniciar una larga disquisición que interrumpí al señalar que era imposible encontrar una respuesta adecuada a sus problemas desde afuera. El problema que debíamos resolver era "qué está buscando", "qué le preocupa".
3. Después de cierta vacilación aceptó esta propuesta pero intentó en varias oportunidades volver a sus disquisiciones. Luego añadió que quizás el verdadero problema era su temor a la soledad.

4. Intenté mostrarle la semejanza de estructura de las diversas situaciones a las que teníamos que volver una y otra vez. En la situación traumática había un hombre, James y una mujer, Farah, que para su desgracia (del Sr. Baker) estaban juntos.

En el tratamiento, un hombre, yo, y una mujer, Farah, estábamos juntos para ayudarlo y esto tenía una buena repercusión en él. Era posible que el motivo por el que la situación en Chipre se hubiera transformado en una situación traumática para él haya sido que repetía una situación de su niñez en la que su padre (un hombre) y su madre (una mujer) estaban juntos en contra de él. Permaneció en silencio durante un lapso bastante prolongado y luego comentó que algo de cierto debía haber en lo que yo le había señalado porque recordaba con mucha claridad que cuando tenía unos dieciséis años de edad su madre le dijo que lo único que ella podía hacer era divorciarse de su padre. Se aferró a esta posibilidad, convencido de que sería maravilloso si sucediera esto, pero su madre, naturalmente, se olvidó de inmediato de lo que había dicho.

5. Luego sintetizamos lo visto: lo que él debe evitar a cualquier precio es dejarse atrapar en una situación en la que se vea obligado a obedecer órdenes sin oponer resistencia. Eso fue lo que ocurrió con su padre y él todavía está sufriendo las consecuencias. Es probable que se identifique con Farah quien como resultado de su conflicto emocional con James, quedó atrapada y se vio obligada a aceptar la sugerencia de James de llamarlo "querido".

Así terminó la sesión y él parecía bastante aliviado.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Ninguna.

F. OBJETIVO FOCAL

Mantenido hasta cierto punto, pero da la impresión de que uno nuevo está comenzando a surgir: su identificación con Farah cuando estaba coqueteando con James. Es posible que éste sea el comienzo del trabajo con su homosexualidad sublimada. Debe tenerse presente.

G. DESENLACE

Promisorio. Nos volvemos a reunir el viernes próximo.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 22

C y D.2 El párrafo presenta un buen ejemplo de lo que entendemos por estar un paso más adelante que el paciente y proporcionar una interpretación profunda, en este caso en forma de una pregunta. En un intento por obtener más material sobre los incesantes interrogatorios del Sr. Baker a su mujer, el terapeuta dijo casi textualmente que lo que ambos debían averiguar era "qué estaba buscando el Sr. Baker" y "qué le preocupaba". Si bien la propuesta del terapeuta era sensata y fue planteada en el momento adecuado, el Sr. Baker no pudo trabajarla ni responder a ella. Por último, intentó cambiar de tema. Pensamos que ésta es una clara prueba de que este tipo de interpretación se debe considerar inconducente, al menos en este momento en particular.

Es notable que, tal como se señala en el párrafo 4, haya podido aceptar una interpretación completa, (una de tipo mutativo en el sentido más estricto de la palabra) que procuraba destacar las semejanzas entre tres situaciones, cada una de las cuales consistía en un triángulo: un hombre, una mujer y él. El hombre y la mujer eran: su padre y su madre durante la infancia, James y Farah en Chipre y, en la actualidad, Farah y el terapeuta. Lo aceptó; pudo trabajar con este material y, gracias a esta interpretación, se avanzó de modo considerable, cosa que de otra manera no hubiera ocurrido.

Debemos preguntarnos cuál es la diferencia básica entre la interpretación del párrafo 4 y la del párrafo 2. Una explicación plausible podría ser que en el párrafo 2 la interpretación tiene por

objetivo alejar la atención del Sr. Baker de la relación con sus objetos y trasladarla a él mismo, en particular a algunos puntos dolorosos en su mundo interior, en tanto que la interpretación del párrafo 4 aúna tres situaciones, todas llenas de conflictos, que ya se han tratado en diversas ocasiones pero de modo aislado. Preferiríamos no decidir si ésta es o no una explicación satisfactoria.

SESION 23 – 3 de noviembre de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 días.

A. EXPECTATIVAS INICIALES

No muchas.

B. ATMOSFERA

Amistosa, si bien hubo períodos durante los cuales era obvio que se sentía bajo presión. Con todo, tuvo una rápida recuperación y se pudo continuar trabajando.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

(Debido a que no pude dictar el informe inmediatamente después de la sesión, que fue bastante compleja, el nivel de este informe es inferior al habitual.)

En primer término leyó las anotaciones que había hecho el jueves por la tarde, en que sentía muy cansado y se fue a la cama. La hermana de Farah, a quien él mismo había invitado, estaba pasando unos días con ellos, lo cual significaba que le quedaba mucho menos tiempo para estar con Farah. Aun así, el jueves por la tarde las mandó a ambas de compras y él se fue a la cama y escribió las anotaciones. Después de leerlas me las entregó. Lo que sigue a continuación es una transcripción textual del original:

"Pauta: sentimiento de temor y sensación de pérdida o de estar solo, sin nadie que me quiera.

Inicio: malestar constante o dolor en la boca del estómago,

junto con cierta aprensión. Este malestar y la sensación, por lo general, me sobrevienen unos quince o treinta minutos después de levantarme por la mañana. Cuando este dolor no se presenta me siento mucho menos preocupado por síntomas y pensamientos.

Comienzo a ver que mi obsesión y los interrogatorios son un intento de racionalizar este sentimiento de aprensión y temor.

Mi verdadero anhelo y deseo es y ha sido demostrar que Farah no había estado involucrada emocionalmente.

Si lograba tener esta sensación, entonces me sentía completamente seguro –durante un tiempo– hasta que la razón y la lógica se reafirmaban y me decían que en algún momento sí estuvo involucrada.

Luego al tratar de aceptarlo, el temor y la aprensión regresaban y volvía a la misma rutina de negación en un intento por escapar. Siento que algún acontecimiento en mi niñez o en mi adolescencia me predispuso para esta tendencia. Mi amor y mi seguridad descansaron después en Farah –esto me hizo muy feliz–, pero aún temía perderla y mi intento por ocultar el episodio del conflicto emocional de Farah era en realidad esfuerzo de mi parte por escapar de mi propio conflicto.

A continuación hago una lista de los acontecimientos del pasado que me han producido pánico:

Falta de correspondencia epistolar.
Querer estar siempre a solas con ella.
Cumplidos o atenciones por parte de admiradores.
Atención e interés demostrado por el sexo opuesto, pero controlados por mí.
Falta de habilidad para bailar o falta de logros sociales.
Conversaciones en francés que me hacían sentir dejado de lado.
Temor cuando Farah estaba embarazada: miedo a perderla.
Temor a accidentes automovilísticos después de haber pasado el examen.
Rechazo a entrar en un hospital.

Miedo de sueños en los que Farah aparece en situaciones en que no me favorecen.
Temor a la quiromancia o a los adivinos.
Temor a que Farah muera y me quede solo.
Situaciones en películas, obras de teatro, libros o en la vida misma en las que se muestran hechos desagradables o repulsivos.
Muchas situaciones más que sería imposible detallar.
Pánico a que me digan que nunca he estado enamorado.

Motivos posibles (charla reciente con mi médico de cabecera)
Cuando era aún joven mi madre me dio a entender que la idea y la presencia de un tercer hijo durante la guerra no había sido bienvenida. Referencias a que no me dio el pecho.
Enfermedad muy seria de mamá cuando yo tenía 8 ó 9 años de edad. Recuerdo que yo no comprendía la gravedad de ésta; fui llevado a casa de unos amigos.
Una vez más, otra enfermedad seria a los 12 años de edad aproximadamente (enfermedad de mamá). Borroso recuerdo de haber rezado sín cesar; este período parece vago y doloroso.
Por esta época recuerdo preocupación por el significado de la muerte: siempre me preguntaba qué sería de mí cuando mis padres murieran, en particular, mamá.
La magia de los símbolos: después de completar los rituales me sentía mucho mejor y menos temeroso.
Terror súbito en una sala de espera a edad muy temprana: todo se encogía y fijaba la mirada en cosas que parecían volverse cada vez más pequeñas.
Temor infantil a la oscuridad.
Recuerdo muy temprano de pánico cuando la secretaria de mi padre me sacó a dar un paseo: llevaba un impermeable transparente.
Temor durante la primera operación cuando aún era un niño pequeño.
Pesadillas cuando tenía fiebre; la casi imposible tarea de contar.

Sensación de desdicha durante el primer trimestre en el colegio; no pude manifestarlo. Sueños y repulsiones.
Crueldad o tortura.
Sueños con cosas que reptaban, cangrejos o escorpiones; cualquier cosa que tuviera pinzas o aguijones.
Nota: Cuando hace poco le dije que me marchaba para averiguar qué sentía, muy satisfecho cuando me dijo que no era eso lo que deseaba y que quería que me quedara.[4]

Al terminar, leyó en voz alta una suerte de diálogo entre él y su mujer con las siguientes anotaciones:

"F.B. Le dije (al médico) que nunca había estado enamorada de tí.
K.B. ¿Y qué me dices de J.?
F.B. Lo amaba mucho.
K.B. ¿Y cómo lo sabes?
F.B. Porque yo tomé la iniciativa. Yo lo buscaba ¿sabes?, él no me buscó. Yo lo busqué. Pero contigo... tú siempre estabas ahí, –yo te seguía– nunca hiciste nada para que te buscara."

"Los comentarios recién mencionados se hicieron en relación con la charla con tu médico y parecían sugerir con mucha fuerza que era precisamente eso lo que querías decir, en particular cuando hablabas con él. Pero ahora me dices: 'No, lo que quise decir es que supongo que nunca estuve realmente enamorada'. Pero cuando regresaste del médico dijiste todo esto muy tranquila y no parecías estar en absoluto sorprendida de que yo te preguntara. Dabas la impresión de que *esta era* la verdad que querías contarme y que tenía que ser obvia. Si le dijiste al médico lo que acabas de decir: sabes perfectamente bien que mi problema no era que *no* me amaras, sino que *sí* amabas a otra persona y te habías dado cuenta de ello demasiado tarde y me habías dejado ATRAPARTE, o lo que

[4] Esto es un tanto oscuro; creemos que el sentido es que era él quien quería marcharse y Farah la que le dijo que "eso no era lo que deseaba".

es peor aun, que te indujera a creer que había otras virtudes que eran más importantes que el amor. No quiero más detalles ni preguntas, pero por el amor de Dios no me trates como a un imbécil y me digas: 'No sabía lo que decía', Tu estabas bien tranquila y serena. O bien *sabes* que me amabas o *sabes* que no me amabas: es *así* de simple, pero si no lo sabías, entonces debe de haber existido *algo* muy necesario e importante para tí que yo podía darte y que para tí pesó más."

"¿Lo que pasó una vez puede repetirse? ¿Por qué no puedo aceptar o creer? ¿Acaso temía que ocurriera otra vez?"

Me resulta imposible recordar qué más se dijo en esta sesión y no me propongo dejar volar mi fantasía.

E y F. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS Y OBJETIVO FOCAL

Sin comentarios.

G. DESENLACE

Fue obvio que se sintió muy aliviado por la sesión y preveo un mayor progreso.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 23

Si bien sesiones como ésta no deberían ocurrir, el hecho es que ocurren, lo cual no significa que haya que ocultarlo o confundirse. En algunas sesiones es tanto lo que sucede que resulta difícil recordar todo. En otras, el terapeuta puede estar tan preocupado con otras cosas que no puede recordar con precisión lo que ocurrió. Esta preocupación puede querer decir que tiene un trabajo excesivo por lo que le falta tiempo en ese momento o a lo largo del día para dictar su informe, o bien que su mente está ocupada con otros hechos que no están relacionados con lo sucedido en el transcurso de la sesión,

todo lo cual, claro está, afecta tanto sus percepciones como su capacidad para recordar. Todo esto ocurrió en la sesión 23. Aparte de registrar las anotaciones del Sr. Baker, el terapeuta se abstuvo de participar para no contaminar el material clínico con sus asuntos personales.

Además, se debe repetir lo ya dicho en los comentarios de la sesión 17. Nos referimos al diagnóstico diferencial entre las dos posibilidades: paranoia, como un proceso progresivo e irrefrenable, y paranoia, como una enfermedad severa pero accesible a la influencia psicoterapéutica. Las notas del Sr. Baker nos permiten echar una mirada a la intensidad de las emociones en conflicto y entrelazadas de modo complejo en su vida interior que le causan tanto dolor, sufrimiento y angustia tanto a su mujer como a él. Si bien el terapeuta procuró permanecer inmutable, no pudo dejar de sentir el impacto emocional provocado por esta ofuscación casi intolerable. La manifestación científica de este impacto fue el refuerzo de sus dudas sobre el diagnóstico diferencial: ¿se debe tomar el hecho de que el Sr. Baker haya podido expresar con la claridad y la precisión con que lo hizo qué había debajo de su sintomatología paranoide como una indicación promisoria de que, a pesar de todo, la relación terapéutica era realmente fuerte o, por el contrario, como un aviso de que el proceso patológico está más allá de nuestra influencia? Pese a este refuerzo del dilema, el terapeuta decidió continuar con el tratamiento.

SESION 24 – 9 de noviembre de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 6 días.

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Mayor tranquilidad.

B. ATMOSFERA

Amistosa y distendida.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

1. Fue la mejor semana en aproximadamente tres años. No deseaba reflexionar o preguntar, pero estaba "derrotado" la última noche y desde entonces se había preocupado y deprimido. Salió entonces con su amigo Keith, quien le dijo que en una de sus últimas visitas a casa del Sr. Baker, Farah había tenido una crisis en la cocina y le había dicho (a Keith) que tenía que mentir a su marido. Con ello comenzaron nuevamente todas sus dudas y padecimientos.
2. Quise detener estas cavilaciones infructuosas y le señalé que las observaciones irrelevantes o lo acontecido asumen una importancia abrumadora para él si provienen de la dirección correcta, como si hubiera ascuas ardientes en él que pudieran convertirse en llamas frente a un soplo de viento. Aceptó el hecho y recordó algunos hechos como trenes que llegaban tarde, Farah que no se comunicaba con él a una hora establecida, etc., cuando inmediatamente saltó a la conclusión absolutamente convincente de que las cosas estaban en su contra. Continué diciendo que si estaba convencido de que el destino le era hostil en general, y en particular si descubría que dos personas lo excluían cuando tenían algo en común entre sí, podría creer que existía una conspiración contra él. Su respuesta fue: "completamente seguro". Utilicé esta oportunidad para señalarle que, aparentemente, y por algún milagro, yo había logrado quedar afuera en esta turbia conspiración. Se rió y dijo "no del todo", porque evidentemente cuando le informé sobre los resultados de su segundo test de Roschach no me creyó; estaba convencido de que le ocultaba algo.
3. Preguntó entonces cuál creía yo que era la causa de todo esto. Le recordé su auto-confesado complejo de inferioridad. No puede creer que sea querible. Volvimos entonces a su relación con Farah. Más de 16 años juntos no lo convencieron suficientemente de que a partir de ahora podía confiar en ella. Admitió de buena gana que en todo este aspecto ella le había sido leal y lo había amado; internamente sin embargo, esto no estaba aún demostrado para él, y todo su problema consistía en comprobar que esta confianza realmente era infundada.
4. Volvió a su relación con la otra rama de la familia del Sr. Baker,

especialmente su primo (que es varios años mayor que él), con quien nunca pudo fraternizar en su niñez: se le revolvía el estómago. Recordó que su tío, el padre de su primo, lo quería tanto que le propuso adoptarlo. En apariencia su tío era tan malo para la familia de él como lo era el padre del Sr. Baker para la suya propia. Por supuesto, ambos hermanos se detestaban profundamente entre sí.

Me preguntó entonces si todo esto era la causa para crear en él su sentido de inferioridad o era sólo un incidente traumático. Le indiqué que posiblemente toda una serie de acontecimientos crearon estas bases pero unos pocos entre ellos eran traumáticos.
5. Discutimos entonces sus dos relaciones diferentes con hombres y mujeres. Dijo que con respecto a las mujeres nunca se creyó seguro de que alguna de ellas, incluyendo a Farah, pudiera estar realmente enamorada de él; podían estar con él por simpatía pero nunca por amor o goce. En cuanto a los hombres, siempre creyó que eran mejores que él, nunca puede ser un verdadero rival.

Coincidimos en que se deben develar las causas de esta actitud general.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Realmente ninguna, pero puede ser que yo fuera algo pusilánime en averiguar las posibles implicaciones homosexuales sublimadas de sus asociaciones.

F. OBJETIVO FOCAL

Por ahora el mismo, pero posiblemente pueda emerger un nuevo objetivo: homosexualidad latente.

G. DESENLACE

Complacido con los buenos resultados y la remisión. Algo inseguro en cuanto a si en el marco de la terapia focal podré seguirlo cuando necesite que se lo siga.

Esto puede entenderse como una especie de salida del sol después de la tormenta. Aparte de la mejoría de su vida externa, el Sr. Baker podía trabajar dura y fructuosamente en la situación terapéutica. Comenzando por la observación de su amigo, que reinició sus cavilaciones obsesivas, podía aceptar la interpretación de que él estaba, por así decirlo, apilando ascuas ardientes dentro de sí que podían convertirse en llamas con el viento más leve, en especial si soplaba desde la dirección apropiada. En un paso posterior aceptó que el destino en general que experimentaba le era hostil, especialmente si descubría que dos personas que tenían algo en común entre sí lo excluían. Aquí el terapeuta afirmó que aparentemente él (el terapeuta) era una excepción a esta regla. El Sr. Baker contestó con gran regocijo que ello no era así y citó una época en que sintió que el terapeuta le estaba escondiendo algo. Entonces se preguntó a sí mismo cuál podía ser la causa de esta actitud general. El terapeuta le recordó su autocalificado complejo de inferioridad, que le había hecho sentir que las mujeres no podían amarlo y que los hombres siempre eran incuestionablemente superiores a él. Esta es la razón por la que 16 años de experiencia respecto de la lealtad de su mujer no habían podido convencerlo de que podía confiar en ella. Comprendió que todo su cuestionamiento también tenía por objetivo encontrar pruebas de que su descubrimiento era justificado.

A partir de ese entonces espontáneamente se refirió a la relación con su padre, a quien consideraba en contra de él, y al hermano de su padre, quien, aunque hostil a sus propios hijos, quería más al Sr. Baker. Esto es un claro ejemplo de escisión de un objetivo en uno bueno y en otro malo.

Ello condujo a una importante discusión sobre la causa de su sentimiento de inferioridad. ¿Era innato o el resultado de algún incidente traumático aislado? Entonces pudo aceptar un compromiso propuesto por el terapeuta: que posiblemente toda una serie de eventos condujeron a fundamentar sus sentimientos de inferioridad, pero que debió de haber algunos de entre ellos que fueron realmente traumáticos.

Esto fue lo que se pudo analizar y, aunque ocurre en el psicoanálisis y en el tratamiento psicoanalítico a largo plazo, es más bien raro que todo se haya podido tratar en una sola sesión.

Otra observación –el problema de la homosexualidad sublimada– parece volver una vez más como una especie de fantasma: se aparece sin duda, pero no puede ser apresado. Hay que preguntarse ¿se debe esto al paciente o al terapeuta?

SESIONES 25 y 26 – 17 y 24 de noviembre de 1961

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 días y 7 días.

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Nada espectacular, pero deseaba que el trabajo se desarrollara gradualmente.

B. ATMOSFERA

Muy amistosa por cierto y esta atmósfera se mantuvo por las contribuciones de ambas partes.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

En su conjunto, las dos sesiones se caracterizaron menos por los hechos espectaculares que por la mayor posibilidad del Sr. Baker para reconocer tendencias y movimientos en su vida interior, y una correspondiente profundización de su insight.

Se da cuenta ahora de que era una tarea imposible tratar de comprender las implicancias emocionales de Farah sobre la base de sus propios sentimientos. Si Farah hubiera tenido exactamente los mismos sentimientos que él, entonces hubiera significado que ella era un hombre (un insigth digno de destacarse). Igualmente imposible sería tratar de que definiera y describiera sus emociones con términos lógicos. Las emociones no son sensibles a una disciplina lógica.

El siguiente grupo de asociaciones giró alrededor de sus inhibiciones con las mujeres. Recordó varias oportunidades en que

mujeres le habían hecho propuestas, pero tenía tanto miedo que tuvo que escapar. En forma similar, no tenía dificultades cuando prostitutas lo masturbaban, pero siempre era una decisión difícil ir a acostarse con ellas. Esto, piensa, le recuerda su niñez, cuando siempre sentía aprensión respecto de que le sucediera algo a sus genitales. Se acuerda vívidamente cómo odiaba que su madre, jugando, le pusiera la mano sobre sus pantalones, o cuando el padre le decía, poniéndolo en la cama, "lo atrapé". Por otra parte, está bien seguro de que no tenía ningún miedo cuando hacía juegos homosexuales, por ejemplo, con el ingeniero.

Esto condujo a su mejor comprensión de por qué se había trastornado tanto con la noticia de que Farah se interesaba por otro hombre. La actitud de un hombre hacia la mujer que ama es una mezcla de protección y un deseo de posesión violenta. En su caso la protección era muy grande, pero el deseo de posesión violenta no pudo desarrollarse apropiadamente, y ahora ve que sus celos de James se deben a su temor de que James, al ser menos inhibido que él, se haya comportado más osadamente e incluso haya poseído a Farah; por ello fue que preguntó ansiosamente si ella había permitido a James ir más lejos de lo que se lo había permitido a él.

Esto fue aproximadamente al final de la segunda sesión, y coincidimos en que volvería el viernes 12 de enero a las 12 y 15.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Ninguna.

F. OBJETIVO FOCAL

Largamente mantenido, pero cada vez hay más indicaciones de que quizá tendrá que ampliarse para incluir alguna elaboración de su latente homosexualidad.

G. DESENLACE

Aparentemente se ha detenido y superado un período de desarrollo paranoico.

En la actualidad está bastante bien ajustado pero, por supuesto, uno no puede saber cuánto puede durar.

COMENTARIOS SOBRE LAS SESIONES 25 y 26

No se ha mencionado en el informe que el prolongado intervalo entre las sesiones del 26 y del 27 fue debido a la ausencia del terapeuta por una extensa gira de conferencias en los Estados Unidos, durante un período que incluyó la festividad de Navidad. El material producido en las sesiones 25 y 26 corresponde a la categoría de lo que podría llamarse consolidación. No se tocó ningún nuevo tema, pero todo lo que dijo el paciente significó, sea una comprensión más profunda de lo que había sido discutido, o el establecimiento de conexiones confiables entre los temas que hasta entonces habían permanecido separados. En el informe sobre estas dos sesiones, aun más que hasta ahora, las propias palabras del paciente fueron usadas lo más posible. Debe recordarse este hecho al leer el informe.

Lo escrito en el informe demuestra cómo descubrió el Sr. Baker por sí mismo la manera en que sus proyecciones distorionaban la relación con su mujer. En este comentario nos tomamos la libertad de usar más libremente la jerga analítica. El Sr. Baker proyectó muchos de sus sentimientos sobre su esposa y así su único modo posible de comprenderla era entenderla como a un hombre. Reconocer que este era el resultado de su proyección significó que Farah se volvía ahora comprensible para él como mujer.

El mismo proceso ocurrió respecto de su pedido de una descripción exacta y correctamente lógica de todas sus emociones. Descubrió que quizá también se podía entender su pedido como resultado de su proyección, en la mayoría de las ocasiones, aunque de ningún modo en todas; que de otra gente, Farah por ejemplo, no se podía esperar que fueran como él. También descubrió que su conducta sexual habitual, tanto con hombres como con mujeres, estaba vinculada con sus experiencias tempranas en la niñez, tanto con su padre como con su madre.

Finalmente, también descubrió las razones por las que le era tan molesto oír hablar de James. Se dio cuenta ahora de que "la

actitud de un hombre hacia la mujer que ama es una mezcla de protección y un deseo de posesión violenta". Debido a su carácter, la protección hacia Farah era muy fuerte en él desde el principio, pero su deseo de posesión violenta estaba sumamente inhibido. Esta era una de las raíces de sus celos hacia James, que lo llevaba al incesante cuestionamiento sobre lo que había pasado entre Farah y James, y, especialmente, sobre lo que Farah había sentido. Todo esto representa un real logro terapéutico en el tratamiento de la paranoia.

Este significativo progreso fue logrado ampliamente por el propio paciente sin interpretaciones propias del terapeuta, aunque por supuesto éste ayudó un poco aquí y allá. En consecuencia, calificamos a C y D 2, 3, 4 y 5 como descubrimientos independientes, exactamente 5 en número (véase capítulo 6).

SESION 27 – 11 de febrero de 1962

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 7 semanas.

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Inciertas debido a la larga espera, pero quizá sea digno de mencionarse que terminé el último informe diciendo, "aparentemente se ha detenido y superado un período de desarrollo paranoico".

Esta sesión parece confirmar tal opinión.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

1. Tuvo cierta dificultad para estacionar su coche así que vi a su mujer, a quien había traído consigo, en la sala de espera por algunos minutos. Se la veía mucho mejor, bastante tranquila y casi bonita. Me dijo que las cosas habían ido mucho mejor desde el último período del tratamiento. Entonces apareció el Sr. Baker y continuamos la sesión en mi consultorio.
2. Confirmó el informe de su esposa y afirmó que la mejoría comenzó cuando ella le dijo que en la cúspide del flirteo con James había dejado de amarlo, pero cuando el Sr. Baker reapareció en Chipre, ella se enamoró de nuevo de él después de algunos días y así resolvió el problema. Experimenté cierto temor por el futuro y traté de demostrar que esta frase clara y simple probablemente a la larga resultaría sólo una parte de la verdad o, usando la acusación habitual del Sr. Baker, un intento de ocultar otros aspectos de la realidad.
3. Se mostró contrario a ello, pero pronto recordó una oportunidad en la que su mujer, desesperada, lo abofeteó, después de lo cual él se enojó mucho y la golpeó en la espalda. Deseaba demostrar con esto que, aunque se sentía muy enojado, aún la quería, pero ello podía ser aceptado –aunque con gran dificultad– al menos como una disminución de su amor, o un ejemplo de un tipo especial de amor que permite el daño del objeto amado.
4. Recordó entonces que su médico le había dado unos comprimidos para dormir que aparentemente lo ayudaban mucho. Cuando los tomó, se sintió mucho más tranquilo durante el día y pudo controlar sus ideas paranoicas. Otra advertencia dada por su médico fue que quizá no era necesario ir hasta el fondo de sus problemas, y que podíamos detener su psicoterapia en cualquier momento. Esto le interesó y me preguntó cuál era mi opinión. Acepté que fuera una posibilidad, pero recalqué que no era necesario plantearlo como cuestión fundamental; le propuse entonces que podía hacer lo que quisiera pero aun así debía aceptar que, si fuera necesario, podía pedir ayuda. Alegó que tal vez lo mejor sería que en ese caso ambos lo ayudaran, a lo que respondí que no era eso lo que yo prefería, debido a que este tipo de consulta conjunta no es terapia, sino solamente discurso. Aceptó mi proposición y coincidimos luego en que si surgía la necesidad, pediría ayuda para sí solo; pero si era su mujer quien la precisaba, iría a otro terapeuta. Esto fue aceptado por ambos.
5. En este punto le pregunté si deseaba trabajar un período sólo conmigo. Lo aceptó de buen grado y su mujer nos dejó a solas. Primero me agradeció mucho por la ayuda que él y su esposa habían recibido de mí. Insistí en que mi principal preocupación era sólo él, (lo que aceptó) y agregó que el diablo también había recibido algo de comprensión y ayuda. Pronto reveló que el diablo era su agresividad, en especial contra su mujer, y en su debido momento admitió que el demonio eran sus deseos sexuales. Habló sobre sus aven-

turas y, con alguna resistencia, continuó hablando sobre la libertad sexual con su mujer.

Le indiqué que esto podía expresarse así: (a) que su mujer le puso restricciones y pudo apartarlas sólo después de recibir un shock beneficioso; esto le satisfizo inmensamente. Entonces agregué: (b) que ello significaba también que él no era capaz de hacer ver a su mujer que las restricciones de ella eran insatisfactorias para ambos, y que serían necesarios varios años de un tonto acting out antes de que alcanzaran esta libertad. Cuando pregunté cuál de las descripciones, (a) o (b), estaba más cercana a la verdad,[5] vio el punto, lo aceptó con considerable alivio y ahí nos separamos.

Coincidimos en que sobre la Pascua o Pentecostés me enviaría una líneas aunque sólo fuera para informarme cómo le iba.

B. ATMOSFERA

La atmósfera al comienzo fue bastante tirante; hablaba con tensión y con gran énfasis. A medida que transcurrió la sesión, la tensión se alivió y al final se mostró nuevamente amigable.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Ninguna. De todos modos, se produjeron algunas en cada caso, pero no creo necesario enumerarlas aquí.

F. OBJETIVO FOCAL

Notablemente se mantiene el mismo. Los dos problemas que aún ocupaban el centro de la escena eran la incapacidad de aceptar su victoria sobre sus rivales masculinos y su deseo ambivalente de compartir a su mujer con un hombre.

[5] O, para decirlo de un modo más concreto: (a) Farah era la causa de todo, o (b) la causa principal de la enfermedad eran sus dificultades y conflictos internos.

G. DESENLACE DE LA ENTREVISTA

Es difícil evaluar en qué medida su decisión de interrumpir el tratamiento estuvo influída por (a) mi ausencia del país y (b) el consejo de su médico. Indudablemente ambos desempeñaron un papel importante, pero considero que la evaluación hecha en la sesión previa, de que aparentemente se había detenido y superado un período paranoico era en verdad cierta. Queda por ver cuánto tiempo durará esta mejoría.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 27

Es aquí quizás ahora el momento cuando deban decirse algunas palabras sobre el papel del médico de cabecera del paciente en el tratamiento. Al comienzo fue muy útil e hizo todo lo que pudo para que el tratamiento marchara bien. Debe agregarse que se trata de un excelente profesional, informado, muy consciente de sus pacientes, a quienes cuida con esmero. Ha sido el médico de cabecera del Sr. Baker durante muchos años, y lo que parece bastante común en comunidades rurales, su familia y los Baker, además de la relación profesional, se hicieron buenos amigos. Tanto que se llamaban por sus nombres de pila. Su apoyo entusiasta y sincero respecto del tratamiento fue trastocado cuando el encuentro planeado (sesiones 14 y 16) no se materializó. Por el contrario, el estado del Sr. Baker se deterioró mucho. Aparentemente, el médico de cabecera perdió gradualmente algo de su confianza en el tratamiento, y, en especial, no le gustó el hecho de que el terapeuta le hubiera pedido que prescribiera al paciente somníferos moderados. La razón de esta política es que así la posibilidad de que ambas terapias se interfirieran es considerablemente reducida. En realidad, este tipo de política sólo es posible si la comprensión entre el médico de cabecera y el psicoterapeuta es lo suficientemente amplia. En las últimas fases del tratamiento, éste no pareció ser el caso. El terapeuta ha de ser juzgado negativamente por no estar atento a este posible riesgo.

Del informe de la sesión surge claramente que uno de los motivos del pedido del Sr. Baker para finalizar el tratamiento, fue, en general, la influencia del médico de cabecera, siendo los otros

dos: (a) la ausencia del terapeuta durante alrededor de 6 semanas del país; y (b) el logro casi total de los objetivos focales. Por parte del terapeuta, la situación era realmente compleja. Sentía, como queda señalado claramente en su informe, que había realizado su trabajo: "aparentemente se ha detenido y superado un período de desarrollo paranoico". Estaba satisfecho con el resultado y, por otra parte, sentía cierta aprensión en cuanto a continuar con el tratamiento. Consideraba que la posible apertura de mayores áreas de conflicto en la mente del paciente podían transformar la terapia focal en una psicoterapia a largo plazo o en un psicoanálisis.

Fue frente a este dilema que aceptó el deseo conjunto del médico de cabecera y del paciente de detener el tratamiento, en vez de trabajar hacia un cambio de sus mentalidades. Además, el Sr. Baker y su mujer señalaron los buenos resultados del tratamiento hasta este momento y expresaron su aprecio por la ayuda recibida. Era obvio que las cosas se estaban arreglando con el Sr. Baker, pero el proceso aún no se había completado. De nuevo trató de arreglar que su mujer y el terapeuta estuvieran algún tiempo solos con él (véase el segundo objetivo focal) y, además, propuso que, si era necesario, su mujer también pudiera tener derecho a consultar al terapeuta. Por razones obvias, esto no pudo aceptarse. El terapeuta insistió en que su primera responsabilidad era hacia el Sr. Baker.

Un importante paso adelante fue que el paciente pudiera hablar frente a su mujer de que la hubiera golpeado en la espalda en un momento de ira y, después de una considerable resistencia, aceptar que era una forma muy especial de amor el que permitía herir a quien se amaba.

Se trabajó algo más sobre su agresividad y su "deseo de posesión violenta" de su mujer.

INFORME DEL TEST PROYECTIVO

NOMBRE DEL PACIENTE: K. Baker
EDAD: 44 (casado)

FECHA: 24 de octubre de 1960
PSICOLOGO: Administrado por una psicóloga; informe realizado conjuntamente por ella y por el jefe de psicólogos.

TEST ADMINISTRADO: Rorschach

A. DATOS DE LA DERIVACION

Este paciente fue derivado privadamente por un psiquiatra para el test de Rorschach antes de que fuera enviado al Dr. Balint para una segunda opinión. De este modo los resultados del test se enviaron primeramente al psiquiatra antes que el taller interviniera en el caso. El actual informe se escribió el 14 de abril de 1961 por el jefe de psicólogos en colaboración con una psicóloga, quien administró el test al paciente.

B. RELACION DESARROLLADA EN LA ENTREVISTA

1. *¿Cómo ve y trata el paciente a la psicóloga?* Su comportamiento fue educado, cordial y atento. Estuvo dispuesto a cooperar del todo, aunque parecía temer la reacción de la psicóloga ante lo que revelara. Consideró la situación del test como peligrosa –un juicio– y se mantuvo firme hasta el final. Vino con su mujer, y se observó que se comportaba con ella de una manera superior, casi humillante.

2. *¿Cómo ve y trata la psicóloga al paciente?* Aceptó todo lo que el paciente le brindó a modo de apoyo. Prestó atención a su capacidad para ser cruel y experimentó compasión por su mujer.

3. *Cambios producidos.* Ninguno.

C. CARACTERISTICAS MANIFIESTAS DE LAS RESPUESTAS AL TEST

1. *Enfoque del paciente a la tarea.* Plenamente involucrado en el test –dispuesto a sacar provecho de la entrevista– ansioso respecto de lo que pudiera revelar. Trabajó duro y lo hizo bien.

2. *Tipo de contenido de las respuestas.* Profusión de respuestas (72) con marcada preocupación por los detalles de las láminas. Un número inusualmente alto de percepciones sexuales; asimismo de percepciones siniestras, atemorizantes.

3. *Características inusuales.* El elevado número de respuestas y la preocupación sexual es inusual, como lo es la presencia de percepciones de pesadilla. También su percepción de partes aisladas de personas o animales, más que imágenes globales.

D. INTERPRETACIONES DADAS

Ninguna.

E. ESTRUCTURA CARACTEROLOGICA
Y PSICOPATOLOGIA

1. *Fantasías y defensas dominantes.* El tema dominante es su ansiedad e incertidumbre sobre su potencia sexual. Está obsesionado con la sexualidad, y ansioso e inseguro respecto de ella. Ya al comienzo del test mostró esta preocupación: dio como segunda respuesta "genitales femeninos" y como tercera respuesta "puedo ver un signo de interrogación aquí". Su preocupación obsesiva con la sexualidad tiene un matiz fuertemente paranoico. Se siente en competencia y amenazado por las mujeres; la mujer inconscientemente es vista como una persona poderosa, fálica, peligrosa. Hay una fantasía recurrente del objeto combinado hombre-mujer: la vagina que contiene un pene. En relación con esta imagen se siente indefenso e inadecuado. Algo de lo que piensa aparece en su respuesta a la lámina 3, que es la de dos mujeres negras de grandes senos con cuellos largos y zapatos de taco alto. Están cocinando a "algún pobre misionero" en una olla.

Su método de defensa contra esta ansiedad paranoica es (a) un intento obsesivo por controlar la situación, por controlar de tal modo a la mujer que pueda empequeñecerla, y esté a seguro e indefensa. (b) No puede mantener por mucho tiempo la ilusión de que la mujer es inofensiva, por lo que recurre a ataques violentos, sádicos, crueles contra ella. En algunos momentos en el test casi literalmente está despedazando a la mujer, siendo su preocupación particular privarla de sus propiedades fálicas. El ataque contra la mujer fue descubierto muy claramente en la relación con la psicóloga. Después que se le presentó una lámina que le pareció especialmente horrible, observó: "espero que mi cigarrillo no la moleste". En la siguiente lámina volvió a un ataque anal: primeramente al decir que parecía una mancha de tinta y, después de un momento, al ver "una hemorroide muy dolorosa; lo siento". Parecía que los ataques de crueldad fueran su principal línea de defensa: castrar a la amenazadora mujer fálica. Hay indicios de que su ataque no sólo se debe a que se siente amenazado por ella, sino porque envidia lo que ella hace, por lo cual tiene que destruirlo. (c) Hay un tercer mecanismo defensivo, que tiene mucho más que un aspecto ominoso: aislarse del todo de sus relaciones y adoptar una posición de autosuficiencia. Las respuestas de este tipo son en especial de calidad de forma muy pobre en el protocolo lo que sugiere que esta fantasía de omnipotencia sólo puede lograrse al costo de una ruptura parcial con la realidad.

Que recurra a esto de tiempo en tiempo en el test de Rorschach es una indicación de trastorno.

Aunque sus relaciones objetales tienen en especial un rasgo típicamente paranoide, también indican con claridad que existe una necesidad de dependencia y un anhelo de contacto de apoyo con el objeto bueno y seguro. Lo cual está representado en el test de Rorschach en su respuesta "un ancla" y también en las múltiples respuestas en las que se usa la textura de las láminas, indicativo de una necesidad de contacto y seguridad. Creo que con toda seguridad está muy preocupado respecto de su parte sádica obsesiva, y necesita mucho establecer relaciones afectivas seguras, lo que probablemente es capaz de lograr.

La mayor parte de las fantasías en el Rorschach se refirieron a sus relaciones con las mujeres. Cuando aparece la figura del padre, parece principalmente que se trata de buenas formas. Quizás es importante que la respuesta "ancla" aparezca en la lámina 4 (la lámina del padre), como si estuviera buscando, en especial, apoyo de un hombre. Aún se siente muy en competición por la sexualidad

masculina, por lo que necesita atacar a los hombres cuando los siente como rivales.

2. *Nivel del problema*. El área dominante de ansiedad es la referente a los genitales. Busca contacto genital con una mujer, aunque está lleno de ansiedad por temor a que ésta se convierta en peligrosa y castradora: por lo tanto, él debe atacarla. Esta situación está reflejada por una fantasía idéntica en el nivel oral, donde la madre que alimenta, a quien busca, está representada por el lobo que alimentó a Rómulo y Remo, pero la misma zona de la lámina también es vista como un animal agazapado, a punto de saltar. No cabe duda de que se trata de un hombre gravemente enfermo y que la perturbación en sus relaciones objetales se extiende a todos los niveles; sin embargo, el problema parece estar centrado en las ansiedades genitales.

3. *Balance de virtudes y defectos.* Tiene muchas cualidades. La forma en que se comportó con la psicóloga (una mujer) demostró valor, y sus ataques contra ella se ven atemperados por su interés. El protocolo también muestra capacidad de recuperase después de la perturbación y es significativo que en casi todas las láminas, finalice con una respuesta bastante buena y moderadamente satisfactoria. Posee buena inteligencia, aunque su uso de ella es variable, y su control intelectual está mucho más debilitado cuando se interponen ansiedades obsesivas-paranoides.

En contraste con sus puntos fuertes, existen ciertas señales en el protocolo de que él está emocionalmente en una situación precaria y que está atemorizado por accesos de irracionalidad (incertidumbre sobre lo que es real y lo que no lo es, ideas paranoides) y también por una tendencia a buscar alivio mediante una retirada regresiva del peligro y de la hostilidad que siente del mundo que lo rodea. En cuanto al equilibrio, me atrevería a decir que en el momento de administrarse el test, estaba profundamente perturbado, con el riesgo de un cambio a una condición paranoide-esquizoide.

F. RESUMEN DIAGNOSTICO

Enfermedad paranoica que se ha mantenido precariamente bajo control por medio de defensas caracterológicas obsesivas.

G. INDICADORES DE LA TERAPIA FOCAL

1. Objetivos de la terapia. Explorar con él sus ansiedades sexuales en función de sus temores de ataque por parte de las mujeres, su envidia de la sexualidad de ellas y su necesidad de controlarlas y atacarlas como autodefensa.

Posiblemente un enfoque secundario podría ser su terror a ser abandonado sin apoyo: el miedo a perder su ancla y a sentirse amenazado por una crisis.

2. Limitaciones. Considero que el grado de su paranoia y la profundidad y severidad de su enfermedad representan limitaciones extremas. Creo que es muy probable que durante el tratamiento surja más ansiedad de la que le es posible tolerar y entonces sobrevenga fácilmente una crisis.

3. Situación de transferencia que se espera desarrollar. Puede desarrollarse con un hombre con inclinación a una transferencia positiva. Cuando se dé cuenta de la potencia sexual del terapeuta, su ansiedad persecutoria y su envidia de la sexualidad de los otros lo llevará a crueles ataques contra el terapeuta.

4. Pronóstico y predicción. Para un objetivo limitado el pronóstico parece bueno, ya que el paciente tiene considerables aspectos positivos; sin embargo, para algo radical, me inclino a pensar que el pronóstico es muy pobre, a menos de que haga análisis.

COMENTARIOS SOBRE EL INFORME DEL TEST DE RORSCHACH - 24 de Octubre de 1960

Algunos de los rasgos principales de la personalidad del Sr. Baker aparecen aquí claramente: su deseo de cooperar y complacer, con ganas de hacerlo todo bien e impresionar. Al contrario de las observaciones psicológicas, la preocupación ansiosa por su potencia sexual no fue prominente durante el tratamiento. Una explicación posible puede ser la diferencia entre la situación del test y la del tratamiento. Durante el test, estuvo cara a cara con una mujer, que lo estimulaba con extrañas láminas. En la situación terapéutica, su acompañante era un hombre, cuyo principal objetivo no era estimularlo sino comprenderlo; así que la situación no originaba problemas de potencia sexual.

La humillación y los crueles ataques hacia la mujer fálica, como su principal línea de defensa, es la interpretación de la psicóloga. Los fenómenos clínicos durante el tratamiento, que podían haberse explicado en ese sentido, fueron observados en varias ocasiones, pero no interpretados de esta manera. Lo mismo se hizo respecto de varios rasgos anales. La razón fue que estas interpretaciones hubieran podido producir un alejamiento del enfoque buscado, por lo que fueron tratadas por olvido selectivo.

La relación ambivalente con la figura paterna se había detectado, pero en la terapia el terapeuta deliberadamente trató de permanecer dentro de los confines de una "buena forma" (ancla). Ello no significa que el terapeuta tratara en absoluto de ahorrarle alguna experiencia poco placentera en la terapia o estuviera ansioso por impedir cualquier aumento de ansiedad en su paciente; todo lo contrario. Pero siempre estuvo atento al hecho de que él no debía dañar innecesariamente los sentimientos del paciente, y así expresó sus interpretaciones con palabras adecuadas.

Sobre la base de la experiencia en la terapia debemos afirmar que el resumen diagnóstico de la psicóloga era exacto en todos los detalles. El Sr. Baker, en el momento del test, sufría de una "enfermedad paranoica que se ha mantenido precariamente bajo control por medio de defensas caracterológicas obsesivas".

Por otra parte, los objetivos de la terapia estaban, tal como los propuso la psicóloga, prácticamente ausentes del tratamiento. Se eligió un foco diferente y la terapia se llevó a cabo de acuerdo con él. A pesar del cuadro clínico muy severo, el anticipo de la psicóloga de que podía surgir más ansiedad de la que pudiera tolerar el paciente no se materializó. Es cierto que se encontró ansiedad muy severa, pero pese a ello el tratamiento continuó y, a su debido tiempo concluyó. En cuanto a la transferencia y el pronóstico, la psicóloga se equivocó en su enfoque pesimista.

INFORME DEL RETEST DEL PSICOLOGO

FECHA: 20 de julio de 1961
Jefe de psicólogos
TEST ADMINISTRADO: Rorschach

A. DATOS DE LA DERIVACION

Retest de rutina; 4 semanas después de la última sesión terapéutica.

B. RELACION DESARROLLADA EN LA ENTREVISTA

1. ¿Cómo ve y trata el paciente al psicólogo? Me vio como a alguien que potencialmente lo iba a ayudar y le iba a hacer algo útil. Cooperó plenamente y se mostró deseoso de participar en la prueba. No pareció verla, en ningún aspecto, como una experiencia severa o que representara algún daño para él. Sin embargo, existió un elemento observable de suspicacia, sentimiento de trasfondo que en su mayor parte se mantuvo bien oculto.

2. ¿Cómo ve y trata el psicólogo al paciente? Al contrario de la experiencia con la primera psicóloga, una mujer (durante el primer test), no fui consciente del lado sádico del paciente. Lo vi como a una persona agradable y me interesé en el trabajo con él.

C. CARACTERISTICAS MANIFIESTAS DE LAS RESPUESTAS AL TEST

1. *Enfoque del paciente a la tarea.* Sumergido del todo en ella, aparentemente relajado y libre de ansiedad. Como antes, trabajó duro y lo hizo bien.

2. *Tipo del contenido de las respuestas.* Muchas de las respuestas fueron las mismas del primer protocolo, aunque con diferencias menores notables y muy importantes. El número total de respuestas se redujo de 72 a 39. Aunque la concentración en detalles menores de las láminas es aún una característica del protocolo, es menor a la del primer test. Hay muchas menos respuestas sexuales y siniestras.

3. *Características inusuales.* De dos de las láminas dijo que parecían manchas de tinta y en cuatro de ellas remarcó que no lo parecían. Esta es una característica curiosa que, según creo, tiene alguna relación con su propio juicio sobre el beneficio que ha obtenido del tratamiento, que es "sólo cuestión de enfrentar los hechos, enfrentando así la vida". En el retest parece que está mucho más interesado en los hechos de la realidad de su experiencia que en ser arrastrado por la fantasía.

D. INTERPRETACIONES DADAS

Ninguna.

E. ESTRUCTURA CARACTEROLOGICA Y PSICOPATOLOGIA

1. Fantasías y defensas dominantes. (En esta parte seguiré, en lo posible, el orden de presentación de las observaciones dadas en el primer informe del 14 de abril de 1961.) El tema dominante del protocolo es aún la preocupación por sus sentimientos y ansiedades sobre la potencia sexual, pero con la diferencia importante de que se aproxima más a sentimientos de confianza en su virilidad y de que duda menos sobre su capacidad de ser potente en la competencia con otros hombres. En el primer test la potencia estaba representada simbólicamente en una lámina por la respuesta "algo que vuela", pero continuó diciendo que no se lo veía en vuelo: sólo *podría* ser capaz de hacerlo. En el retest dio exactamente el mismo percepto, salvo que en esta oportunidad simplemente afirmó que era "*capaz* de volar". Hay otro cambio muy interesante en su percepción, esta vez en la última lámina. La parte de la mancha de tinta que originariamente se había visto como una "espoleta de ave"* se percibe ahora como la "semilla que gira al caer de un árbol". Definitivamente, se tiene la sensación de que la actividad procreadora se considera ahora más en conexión con la realidad que en función de una mágica satisfacción de deseos.

En el primer test la evaluación se hizo más que nada sobre la fantasía inconsciente que provocaba su temor y envidia de la mujer fálica. En el retest la mujer fálica aparece mucho más en evidencia, pero esta vez se la considera menos amenazadora. En el primer test vio "dos mujeres negras con cuellos largos y zapatos de taco alto" y otras características fálicas, y estas mujeres eran siniestras y amenazadoras: "están cocinando a algún pobre misionero en una olla". En el retest casi las mismas mujeres fálicas aparecen pero esta vez sin su calidad siniestra y amenazante. En el test anterior se consideró que las líneas de defensa eran tres:

(a) un intento, en la imaginación, de controlar a la mujer y tenerla

* En inglés, *wishbone*, literalmente, "hueso del deseo". [T.]

a seguro e indefensa. En el retest todavía hay muestras de su necesidad de tener control, pero con la diferencia de que ahora sus intentos para controlar su ansiedad tienen más éxito. Esto, según creo, representa un aumento del funcionamiento efectivo del yo.

(b) su vuelta contra la mujer con violentos ataques sádicos. Esto está completamente ausente en el retest, y tiende en realidad a un proceso opuesto. Mientras que en el test anterior atacaba a la mujer aterrorizadora al extremo de desmembrarla en su fantasía inconsciente, en el retest esto ha desaparecido del todo. Habiendo reconocido la presencia de la mujer poderosa, y habiéndola manejado de modo bien realista, terminó la lámina con la observación: "dispongo de eso tanto cuanto pueda desear". De hecho, ha logrado "disponer" de ese objeto atemorizante aviniéndose con ella no por medio de un ataque inconsciente, violento hacia ella. Una interesante comparación de los protocolos de las dos láminas es la respuesta a la lámina 6, que la primera vez fue percibida como un trozo de carne partido exactamente por la mitad. En el retest vio, en este área, "una hendidura" y siguió diciendo: "la última vez la psicóloga me preguntó si parecía un trozo de carne cortado por la mitad y le dije que sí". Aquí estaba negando su propia parte sádica y la había proyectado muy nítidamente sobre la psicóloga.

(c) un alejamiento de las relaciones humanas hacia una posición de autosuficiencia. También esto está casi ausente en el retest.

La necesidad de dependencia está aún presente en el protocolo casi igual que antes, aunque de nuevo aquí la intensidad está reducida, por ejemplo, la respuesta "ancla" aparece otra vez pero el área de la lámina que señala es mucho más reducida y el percepto parece tener menos significado emocional para él. Destacamos en el primer informe que estaba asustado por la parte sádica de sí mismo. Me atrevería a decir que los sentimientos sádicos son ahora mucho menos evidentes, y les teme mucho menos también.

2. Nivel del problema. He ahí nuevamente un cambio interesante y bastante significativo. Esta vez el nivel de fantasía parece ser completamente genital. En el primer test las mujeres de la lámina 3 fueron identificadas como tales principalmente debido a sus senos. Se refirió a ellos como prominentes. En el retest se perciben las mismas mujeres pero la razón por la que él las identifica como mujeres

no se debe tanto a sus senos, sino a sus largos cuellos y a zapatos de tacones altos. Otros cambios son la ausencia en el retest de referencias sobre el lobo que alimentaba a Rómulo y Remo; también falta la olla. En general, se puede decir que las referencias a la oralidad, particularmente la sádica, están ahora ausentes.

3. Balance de virtudes y defectos. Enfocaré esta evaluación por medio de una comparación de los dos psicogramas. Primero, está el nuevo equilibrio de determinantes de "movimiento"en el gráfico. En el segundo test la dirección del cambio se dirige hacia una mayor madurez. Los cambios en su modo de usar los determinantes claroscuros de la lámina indican un ligero aumento en su capacidad de dominar la ansiedad. Hay un uso considerablemente menor de los determinantes de textura de las láminas y normalmente éste es un índice de la necesidad de dependencia: el cambio en el retest se dirige menos hacia una necesidad primitiva de dependencia. En el lado del "color" del gráfico no hay cambio real, lo que sugiere que la capacidad para comprometer sus sentimientos en relaciones con el mundo real es muy parecida (por ejemplo, hay falta de espontaneidad).

El porcentaje de respuestas de contenido "animal" es menor, lo que sugiere una mayor libertad en su enfoque en el retest, probablemente debido a menor ansiedad. Aunque no percibe tantas respuestas "populares" como lo hizo en el primer test, percibe muchas menos respuestas "originales" de forma pobre; por lo tanto, en este balance, su percepción del mundo es menos idiosincrásica.

Uno de los cambios que considero más importante reside en que, mientras en el primer test la relación entre los perceptos completos humanos y de animales, y los de partes de seres humanos y de animales era 13:22, esta relación en el retest es 11:7. Me inclinaría a pensar que ello indica un aumento de relaciones con "objetos globales" y juzgaría que probablemente tiene esta significación, en especial en conjunción con la ausencia en el retest de una fantasía inconsciente de romper en trozos estos objetos.

Los once perceptos sexuales del primer test se han reducido a hora a dos; y las cuatro respuestas siniestras, a una.

De este modo, puede verse que en todo el retest la dirección del cambio se produce en un incremento de los aspectos positivos

de la personalidad. Es especialmente digno de notar que las indicaciones claras en el primer test de trastornos del pensamiento, que llevaba a observar seriamente las perturbaciones de tipo psiquiátrico, están ahora ausentes. No hay en absoluto indicaciones en el retest de ningún contenido psicótico, ni de ningún mecanismo regresivo. Ahora está mucho más capacitado para enfrentar el desafío de la vida de modo realista.

F. RESUMEN DIAGNOSTICO

El diagnóstico es el mismo –un estado paranoico subyacente bajo control por medio de defensas caracterológicas obsesivas–; ahora, por cierto puede suprimirse la palabra "precariamente". Su ansiedad está reducida y sus defensas son más efectivas. No podría describirse esta situación como una cura óptima, pero realmente la curación es viable.

G. RESUMEN DE LOS CAMBIOS

Como ya se ha mencionado, muchas de las respuestas en los dos protocolos son casi idénticos; los elementos de la estructura de personalidad son casi los mismos, pero en muchos aspectos importantes el equilibrio de factores es diferente. Los principales cambios son:

1. La ansiedad persecutoria, en particular en conexión con la mujer, se ha reducido;

2. sorprendentemente, no hay ahora evidencia de ninguna intrusión de ansiedades pregenitales;

3. la situación ya no es precaria, y no existen indicaciones de ningún tipo de cambio hacia una crisis psicótica. Dudamos, sobre la base de las pruebas del retest, si el grado de perturbación psiquiátrica no había sido dramatizado en exceso en el informe original. En referencia al primer test, estoy convencido de que la evaluación original estaba justificada y que el paciente corría un serio peligro de enfermar gravemente;

4. sus defensas contra la ansiedad son todavía del mismo tipo, pero mucho más efectivas. Están ausentes del segundo protocolo los accesos de fantasía sádica;

5. una de las diferencias menores en ambos tests es que en el retest hay más uso de nombres técnicos, en especial anatómicos: por ejemplo, en el primer test algunas mujeres fueron percibidas con "unas horribles y grandes rodilleras que lleva cada una". En el retest se da exactamente el mismo percepto, excepto que ahora es "las dos mujeres tienen rótulas prominentes: ¿es ese el término?" Hay uno o dos ejemplos del mismo cambio. En la lámina 10 del test original vio "dos cosas horribles y pequeñas, muy sucias". En el retest se da exactamente el mismo percepto, excepto que ahora son las "dos cosas, que llamaría duendes". Esta es una pieza menor de evidencia, pero creo que puede ser un indicador de la psicodinámica de la experiencia terapéutica en función de su internalización de un tutor y guía que entiende las cosas, que puede dar a las cosas sus nombres correctos, etcétera;

6. la gráfica formal de los dos protocolos muestra un cambio en la dirección de una mayor madurez;

7. en cuanto a las fantasías inconscientes reveladas por los tests, parece que su incertidumbre inconsciente sobre su potencia sexual está reducida.

COMENTARIOS SOBRE EL RETEST

Globalmente, los resultados del segundo test psicológico coinciden con las impresiones del terapeuta. La presión y la ansiedad internas están considerablemente reducidas, aunque existen todavía rasgos paranoides. En particular, la mujer se ha convertido en menos persecutoria y siniestra. No hay evidencia real de material pregenital que interfiera en su actividad cotidiana. La coincidencia entre el psicólogo y el psicoterapeuta, de acuerdo con la experiencia del taller, es un signo favorable. Significa que el paciente es capaz de comunicarse con la gente; su comunicación está tan poco distorsionada y su sentido tan poco influido por el desarrollo de la relación objetal, que permite a dos personas diferentes dar una interpretación de una similitud notable.

PRIMERA CARTA DE SEGUIMIENTO
30 de abril de 1962

(Intervalo transcurrido desde la sesión 27: 11 semanas)

Estimado Dr. Balint:

Indudablemente recordará que acordamos que le escribiría, en algún momento cerca de la Pascua para hacerle saber cómo progresaban las cosas.

Estoy contento de decirle que se ha mantenido la mejoría. Naturalmente, hay días en que uno se siente algo caído, pero esos momentos pasan con rapidez y se resuelven fácilmente. Mi confianza, esperanza y percepción se han restablecido con la ayuda de Farah y –en alguna medida lo experimento– por mi propio deseo y determinación de, como devolución, mantenerme firme y ver los hechos como hechos; a veces me pregunto realmente a qué se refería todo este "pánico" y lo estúpido que era. Es un hecho, sin embargo, que estas enfermedades se producen y siempre recordaré su paciencia y ayuda por nosotros dos. Si en algún momento juzgo necesaria una charla, no vacilaré en ir a verlo; de todos modos lo mantendré informado en el futuro.

Mis más sinceros y buenos deseos para usted, y nuevamente gracias, que expreso con toda sinceridad.

Keith Baker

INFORME DE SEGUIMIENTO (1)

SESION 28 – 2 de agosto de 1962

Intervalo transcurrido desde la última sesión: aproximadamente 6 meses.

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Le escribí antes de mis vacaciones pidiéndole noticias. En lugar de contestar, me llamó y me propuso una sesión, mencionando que desearía llevar a Farah consigo.

Me sorprendió algo su sugerencia y no supe cómo evaluarla.

A pesar de ello me sentí muy confiado porque mencionó por teléfono que las cosas no iban demasiado mal.

B. ATMOSFERA

Muy relajada, sin signos apenas de tensión subyacente. Comenzamos la entrevista con Farah presente (durante aproximadamente diez minutos) y los tres nos sentimos bastante confiados en cuanto a que las cosas iban bien.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

1. En el primer período sólo habló Farah e informó que las cosas iban mucho mejor que el año anterior. No hubo casi ningún interrogatorio; Farah no pudo ni siquiera indicar la frecuencia porque durante muchas semanas no preguntó nada. Por otra parte, cuando hay alguna dificultad externa, existe en el Sr. Baker una tendencia a volver a este hábito. Aun entonces, sin embargo, dura sólo una o dos noches, y luego no ocurre nada durante un tiempo.

Por otra parte, los pequeños interrogatorios, que nunca llegaron a una prolongada discusión, sucedieron con bastante frecuencia, siempre que se prestaba la oportunidad.

La otra cosa que la Sra. Baker deseaba mencionar era que habían discutido el papel que el padre de ella y la lealtad de ella a su familia desempeñaron en su propia indecisión cuando el Sr. Baker estuvo en la India. Los hechos eran que James estaba viviendo en Chipre con su familia y que casarse con él hubiera significado quedarse con la familia de ella, para no herir a su padre y, además para tener un respaldo si necesitaba ayuda y apoyo. Casarse con el Sr. Baker significaba ir en contra de los deseos de su padre y viajar a Inglaterra, quedándose sin nadie que la apoyara. Sin embargo, ella optó por esta última solución. Valoraba mucho los resultados y, aunque la situación actual no era tan buena como antes de la primera crisis (8 años antes) o como en el intervalo entre la primera y segunda crisis (hacía 2 años), estaba muy feliz y confiaba en que las cosas iban a mejorar aun más. Entonces nos dejó a solas.

2. El Sr. Baker retomó entonces la historia y explicó lo importante que fue para él descubrir que esta lealtad dividida de Farah entre el

amor por él y el amor por su padre lo ayudó a aceptar el hecho de que estaba interesada en James sólo hasta cierto punto. Ahora lo entiende así y ya no sufre más.

Más aun, puede ver que es posible amar a dos personas al mismo tiempo, aunque no con la misma intensidad. Hasta ahora sólo podía imaginar el amor en una disyuntiva rígida: o exclusivamente hacia una persona o, de lo contrario ningún amor para él. Ve ahora que esto es un tipo de teoría infantil, proveniente con toda probabilidad de su infancia, pero de la que no tiene idea de cuál sea su exacto origen. Aquí interpreté que en apariencia no podía aceptar que derrotó a James, pero ahora puede aceptar que ganó a dos hombres: a James aliado con el padre de Farah (objetivo: aclarar el prolongado conflicto con su propio padre y la influencia de éste sobre el presente conflicto).

3. Coincidió con su gran prontitud: esto era exactamente lo que sentía. Le pareció un "golazo" la idea de que había ganado a los dos hombres. Continuó entonces con el examen de las diferentes consecuencias a que lo llevaba esta idea y cuánto mejor se sentía ahora que había entendido lo que ocurría y ya podía aceptarlo. Pronto comenzó a hablar sobre una observación que yo le había hecho al comienzo del tratamiento, es decir, que él era despiadado y cruel (en ese momento protestó bastante contra esto). Ahora era capaz de aceptarlo y aun confirmarlo con varios detalles sobre lo enojado que se sintió en la India cuando le llegó el mensaje sobre James y cómo esto había causado un gran rencor en él desde entonces; cómo lo mantuvo bajo control durante muchos años y cómo explotó durante sus dos crisis. Después de haber comprendido el dilema de Farah, su odio había desaparecido completamente y experimentaba mucha menos necesidad de "torturar" a Farah con sus preguntas.

4. Entonces continuó hablando sobre la cuñada de Farah, es decir, la mujer de su hermano. Simplemente no la tolera. La detesta de todo corazón, casi seguro porque la hace responsable, en parte, de todo lo que ocurrió. Había sido recogida por su marido en Palestina, justo antes que el Sr. Baker llegara a Chipre. Este nuevo miembro de la familia fue muy bien recibido, en especial por el padre de Farah. Por supuesto, Farah se sintió desplazada, porque ella había sido la favorita hasta entonces. Cuando el Sr. Baker tuvo que irse a

la India, la situación para Farah se tornó aun peor porque no tenía a nadie que la amara de verdad. Esa fue una de las razones por las que buscó otro novio.

5. Mencionó que su madre estaba ahora mucho peor. Tuvo que ser trasladada a un hospicio porque ya no era posible mantenerla en la casa. Es muy agresiva, en especial contra su marido, que queda muy trastornado después de cada visita. Es de destacar que el único miembro de la familia que puede entenderla y con quien siempre desea hablar sea el propio Sr. Baker. El padre ya no importa. Los dos hombres mantienen relaciones muy amistosas; los cosquilleos en el estómago del Sr. Baker, que eran tan desagradables, han desaparecido del todo. Interpreté nuevamente que el hecho de que él pueda aceptar su victoria lo condujo a un aligeramiento general de su odio y resentimiento, lo que en apariencia condujo a una situación más tranquila en el encuadre familiar.

6. Aquí me encontré con una sorpresa. Después de una breve vacilación, dijo: "Usted sabe, me he acostado con otras mujeres cuatro o cinco veces desde la última vez que nos vimos". Ante mi reacción bastante sorprendida, continuó: "No eran mujeres importantes: del tipo de las prostitutas". Había encontrado cierto placer en ello, no demasiado. Por supuesto le había contado a Farah lo sucedido y ella lo había aceptado, aunque no con gran alegría. Interpreté que su rencor hacia Farah no había desaparecido completamente. Aún quiere herirla y ha elegido este modo para hacerlo. Aunque Farah no mostró ninguna reacción desfavorable, él debe permanecer en guardia para no forzar demasiado las cosas. Vio este punto y dijo que aparentemente tenía que darse una recompensa debido a toda la desdicha que tuvo que padecer durante sus años jóvenes y en las primeras épocas de su matrimonio. Agregué que esto era bastante comprensible, pero que había algo más, es decir, que hacía pagar a Farah por toda compensación que elegía para sí.

7. Aceptó esto y, como el tiempo ya casi había terminado, sólo mencionó brevemente que no toma con mucha frecuencia las píldoras para dormir que le había recetado su médico de cabecera y que habían conducido a la fricción entre ese profesional y yo. Observa que si toma las píldoras una noche, le dan excelente resultado, pero si continúa con ellas, se siente desdichado y miserable, así

como muy cansado. Acepté este elogio y rápidamente coincidimos en que podía tomarlas cuando estuviera muy molesto, pero no en forma regular.

8. Ambos expresamos nuestra esperanza de que la mejoría lograda pueda mantenerse o aun aumentar. En la eventualidad de cualquier problema, se pondrá en contacto conmigo. De todos modos, me escribirá hacia fines de otoño pero, si no lo hace, yo le enviaré unas líneas en diciembre.

E. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PENSADAS PERO NO VERBALIZADAS

Las dos más importantes son: (a) el ligero cambio en su latente actitud homosexual; no puede aceptar la victoria sobre un rival, pero es capaz de aceptarla sobre un rival más la figura paterna; (b) en relación con la transferencia; me ha aceptado como su aliado y auxiliar, ha aceptado mis ideas y palabras y las ha encontrado útiles. La razón por la que me abstuve de dar estas dos interpretaciones interrelacionadas fue porque podían haber llevado a esta terapia fuera de su objetivo focal.

F. OBJETIVO FOCAL

Sólo puedo repetir lo que dije en el informe de la última sesión, que resultó absolutamente correcto. Lo que logramos fue ayudarlo, por un lado, a que aceptara la victoria sobre su rival y, por otro a que compartiera su mujer, hasta un cierto punto, con otro hombre, que en este caso es una figura compuesta en parte por el padre de su mujer y en parte por mí.

G. DESENLACE, REFLEXIONES Y PRONOSTICO

Un final muy aceptable para un tratamiento difícil. Aparentemente lo que pensé en la sesión 26 y en la 27 era exacto es decir, que el tratamiento lo ayudó a detener un período paranoide, reparar sus efectos y aun incorporar algún trabajo preventivo para que la posibilidad de otro ataque paranoide disminuya. Por otra parte, no hay duda de que su paranoia aún está activa. Por ejemplo, debe conti-

nuar cuestionando a su mujer, pero la intensidad del interrogatorio ha disminuído considerablemente. Es muy probable que esta disminución continúe y la próxima vez la situación sea aun más fácil.

Este es el pronóstico a corto plazo, digamos para uno o dos años; resulta muy difícil predecir qué puede suceder después. Para ser optimista, diría que se ha realizado un trabajo suficiente para prevenir una seria recaída paranoide. Si soy pesimista, diría que es posible que un nuevo ataque se produzca en su momento, pero que aun entonces la buena relación y comprensión establecida entre nosotros quizá nos permita controlarlo en un período menor que el anterior.

SEGUNDA CARTA DE SEGUIMIENTO
5 de abril de 1963

(Intervalo transcurrido desde la sesión 27: 1 año y 2 meses)

Estimado Dr. Balint:

Gracias por su amable carta. Le pido disculpas por haberlo tenido tanto tiempo sin noticias. Tenía el deseo de visitarlo en algún momento oportuno, pero no me fue posible por varias razones, una de ellas la muerte de mi madre el pasado octubre, con todos los trastornos familiares anexos que usted se pueda imaginar, porque mi pobre madre sufrió mucho y esto, a su vez, afectó dolorosa y duramente a mi padre y hermana. Sin embargo el tiempo pasa y cura.

En cuanto a mí, estoy mucho más feliz, más relajado y con el compromiso de examinarme a mi mismo en búsqueda de un cambio, enfrentando los hechos sin aterrorizarme por ellos. Farah, mucho más cercana: existen sentimientos y tolerancia compartida renovados que a veces, en el pasado, parecían haber súbitamente desaparecido entre ambos. Pienso que ante una dificultad de esta índole uno agradece el paso del tiempo y cada semana, cada mes mira hacia atrás y experimenta la tranquilidad de un progreso constante, y la aparición de una nueva actitud y un entusiasmo que resultan tan refrescantes. Farah es ella misma de nuevo y confiamos tanto en esta felicidad que quisiera decírselo personalmente y no por carta.

A menudo usted me recomendó hacer de nuevo algún tipo de

deporte: lo hice durante el verano pasado. Siempre me ha gustado el mar, por lo que elegí la navegación del tipo más enérgico, las regatas, presionado en cierto grado por uno de mis hijos; así que ahora tenemos un bote nuevo muy rápido con el que lo pasamos muy bien, aunque a veces sea un deporte algo húmedo: esta actividad es un logro de todos, incluso de mi mujer, que parece pasar horas interminables colgando en el jardín ropas empapadas de marinero.

En una o dos semanas más quizá vaya a la ciudad y a lo mejor lo llame para ver si es conveniente que lo visite, lo que sería un placer para mí. Con mis mejores deseos, sinceramente suyo,

Keith Baker

COMENTARIOS SOBRE LA CARTA DEL 5 DE ABRIL DE 1963

(Escrita 1 año y 2 meses después de la sesión 27)

La parte más importante de la carta es la que muestra el cambio mental de actitud del Sr. Baker. Ahora puede enfrentar los hechos sin aterrorizarse con sus fantasías proyectadas en ellos. La mejoría se mantiene a pesar del triste hecho de que durante este período haya perdido a su madre. Su cambio hacia sentimientos más maduros respecto de su madre y de su padre ha atemperado este golpe.

El cambio adicional importante es que haya decidido navegar de modo muy competitivo en compañía de su hijo. Un punto interesante es que Farah se integró para ciudar a los dos grandes navegantes perdiendo "horas interminables colgando en el jardín ropas empapadas de marinero".

En el triángulo padre-hijo-mujer, pudo encontrar una solución satisfactoria y aceptar su victoria, que no pudo aceptar en el triángulo James-él-Farah.

TERCERA CARTA DE SEGUIMIENTO
14 de abril de 1965

(Escrita 3 años y 2 meses después de la sesión 27)

Estimado Dr. Balint:

Muchas gracias por su carta, que recibí esta mañana. Es en

verdad sorprendente lo aprisa que pasa el tiempo: debe de hacer casi tres años desde que nos vimos por última vez.

Quiero disculparme por el tiempo transcurrido sin conectarme con usted, ya sea personalmente o por carta, pero supuse que mi médico de cabecera con seguridad le enviaría de vez en cuando un "informe sobre mi progreso". El término "progreso" es el más apto, doctor, en este caso. No cabe duda de que nuestras sesiones fueron de enorme valor para mí y dieron como resultado una buena y provechosa autoobservación, y que viera la vida y mis relaciones más ampliamente, en lugar de mirarlas a través del telescopio de mi propia mente, con lo que obtenía una visión próxima pero a veces algo distorsionada.

Al recordar los años pasados, me dí cuenta de que, por supuesto, la educación temprana, el ambiente y las experiencias, –y también la carencia de ellas– desempeñan su papel en aquella penosa crisis. Qué afortunado es el hombre que tiene la buena suerte de recibir ayuda, simpatía y comprensión y, sobre todo, paciencia y afecto de sus amigos, en particular de su esposa y de usted mismo. No olvidaré su paciencia (¡qué paciente obstinado debo haber sido a veces!), pero usted sabía que yo estaba seguro de que toda esta dificultad a su debido tiempo se iba a resolver por sí misma.

Le pido disculpas por la extensión de esta carta, pero una breve nota apurada no hubiera bastado para darle el cuadro global. Farah y yo somos muy felices, y si por casualidad hacemos alguna alusión a estas dificultades pasadas, lo que es extremadamente raro, lo hacemos sin resentimiento, y si nos referimos a ellas, no es el punto principal de la conversación en todo caso.

En cuanto a mi salud, en general, todo va bien; he retomado la práctica del golf y, a pesar de la lesión en mi mano de hace algunos años, que detuvo mi actividad en este sentido, aún puedo romper la marca de 100.

La época de navegación comienza por Pascua, pero el tiempo es demasiado frío por el momento; el año pasado participamos con éxito en varias regatas en que mi hijo fue el capitán.

Los negocios marchan bien: mucho trabajo, habiéndose completado justamente un plan de redesarrollo en la fábrica; pero a ello siguió el último fin de semana un estallido de fuego bastante serio

en el área de la planta, lo que significa un atraso en cuanto a la producción, pero también vamos a resolver este problema sin lugar a dudas.

¿Cómo está usted doctor? Esperamos que su mujer y su familia estén todos bien. Mis mejores deseos para que pasen una buenas vacaciones. Con bastante frecuencia visito Londres y durante una de esas visitas trataré de llamarlo a usted o a su secretaria para concertar una nueva entrevista, lo que me alegraría.

Muchos saludos de mi mujer y de mi parte. Sinceramente,

Keith Baker

COMENTARIOS SOBRE LA TERCERA CARTA DE SEGUIMIENTO – 14 de abril de 1965

(Escrita 3 años y 2 meses después de la sesión 27)

El proceso de mejora de su insight y la influencia de esta mejoría sobre su actividad de hecho ha continuado sin declinar. El Sr. Baker puede contemplar ahora su antiguo y reciente pasado con ojos críticos y ver las motivaciones causales que subyacían en sus acciones, pero también en qué forma irreal se comportó y cuántos trastornos y perturbaciones causó tanto a sí mismo como a la gente que amaba.

Informa que la mejoría global continúa. Debe señalarse en particular su capacidad real para competir con otros hombres. Pudo ganar regatas sin ningún trastorno posterior y, más aun fue capaz de tolerar y aun gozar con que su hijo fuera el capitán y él sólo un tripulante.

INFORME DE SEGUIMIENTO (2)

SESION 29 – 25 de noviembre de 1966

Intervalo transcurrido desde la última sesión: 4 años y 3 meses.

A. EXPECTATIVAS INICIALES

Le escribí el 13 de noviembre, pidiéndole que se pusiera en contacto conmigo y viniera, si era posible, para una entrevista. Llamó a mi secretaria diciéndole que vendría a Londres el 24 y el 25 de noviembre, y le pidió hora para la entrevista. Esto era exactamente la conducta que yo esperaba, si en verdad las cosas se habían mantenido tan bien como estaban cuando lo ví por última vez.

B. ATMOSFERA

Muy amigable, algo familiar y, para un observador muy perspicaz, con un toque de hipomanía.

C y D. PRINCIPALES TENDENCIAS

1. Empezó confirmando la historia que ya le había contado a mi secretaria de que poco después de mi carta anterior, escrita en abril de 1965, las obras habían ardido casi completamente, razón por la cual no pudo venir entonces. Por fortuna tenía planos muy detallados, ya preparados, para un proyecto ideal en caso de que deseara reconstruir las obras, por lo que el reacondicionamiento se podría comenzar de inmediato. Les tomó aproximadamente nueve meses reconstruir la fábrica que funciona ahora de modo casi del todo automático, y la operación global puede realizarse con un equipo de dirección mucho más reducido. Esto es una gran fuente de orgullo para él. Luego habló con algo más de detalle sobre una nueva empresa, que está basada completamente en sus ideas. El y sus dos hermanos son propietarios cada uno de un tercio de esta nueva compañía, que está marchando muy bien, y tiene grandes esperanzas de que pronto estará trabajando a toda marcha.

2. Luego continuó informando sobre su familia. John, su hijo mayor, de 21 años, está ahora en la City en una gran empresa naviera, con muy buenas perspectivas para el futuro. El joven está planeando pasar el próximo año quizás en Francia, luego seis meses en Escandinavia, etc., recorriendo mundo. El Sr. Baker espera, no obstante que cuando el muchacho tenga 25 o 26 años, considerará la

posibilidad de unirse a la empresa de la familia porque, de la generación joven, es el único que podría hacerlo. Si ello ocurriera, al Sr. Baker le gustaría traspasarle de a poco la administración del negocio y quedar él como una especie de directivo consultor al modo de su padre en la actualidad, que todavía a los ochenta gana un buen sueldo.

Su hija Mira tiene 19 años y está en Grenoble, pasándolo y puliendo su francés para graduarse en esa lengua.

Su hijo menor, Clive, aún está en la escuela y, por cierto, le va muy bien.

Me comentó la muerte de su madre y mencionó el hecho de que su padre y su hermana acababan de mudarse a una casa más grande y estaban muy bien.

3. Farah su mujer, se siente muy bien, sin ningún problema. Ambos se sienten muy felices juntos. El no experimenta ninguna necesidad de interrogarla. Todo ello ya se ha desvanecido o alejado completamente de él. Farah fue a los Estados Unidos durante unos dos meses el año pasado para visitar a sus parientes de allí y se prepara para volver el próximo año.

4. Después habló sobre sus diversas actividades deportivas. Es aficionado al golf, siendo su compañero favorito el otro Keith, quien desempeñó un papel importante durante su tratamiento. Son casi iguales y siempre hay una gran competencia entre ellos. Todavía tiene su bote pero lo ha usado poco este año porque John no dispone de tiempo al tener que trabajar en la City. Está algo temeroso por esta causa debido a que el bote es de una clase para regatas, muy rápido y, en consecuencia, algo inestable. John naufragó con él unas pocas veces pero salió bien. En una ocasión el Sr. Baker llevó a su mujer a navegar. Estaban aproximadamente a dos millas de la costa cuando una tormenta fuerte del norte los tomó de sorpresa; al Sr. Baker le costó sacarla sana y salva. Desde entonces ha usado poco el bote. El otro Keith trató de convencerlo para que comenzara a esquiar, y estaba considerando seriamente hacerlo este invierno. En general, dio la impresión de estar un tanto preocupado por mantener su buena condición física actual, lo que quizás es natural en un hombre de 50 años.

5. Después volvió a hablar del tratamiento y de sus resultados. Usó

varias frases características como: "tenía que madurar, ya era hora" y "Usted, Dr. Balint, comenzó algo muy importante y yo fui capaz de terminarlo. Ahora todo está bien", todas indicando la toma de conciencia de un proceso que lo contuvo, le cambió la dirección con la influencia del tratamiento, y que podía ser finalizado por él mismo, utilizando el insight y el poder obtenidos durante el tratamiento. Era compartir conmigo el orgullo justo de los logros; me dio lo mío, pero reclamó lo suyo con toda franqueza.

Hubo, además, algunas indicaciones de una ligera tendencia en él a proyectar o cambiar los papeles. Una y otra vez durante la entrevista desvió la conversación y comenzó a preguntar sobre mi edad, mi salud, qué pasaba con mi hijo, si aún estaba en los Estados Unidos, si mi esposa estaba bien, cuáles eran mis planes para el futuro, etc. Aunque todo esto fueron preguntas reales, no fueron tan rígidas que él no pudiera ser traído de nuevo a la discusión de su problema sin ninguna dificultad.

6. Después siguió un período más bien algo vacío cuando dio su opinión sobre los gobiernos laborista y conservador, la economía británica, etc. Sin embargo, al cabo de un momento volvimos a nuestra relación y me hizo su cumplido final diciendo lo importante que había sido para él saber que yo estaba en Londres y podía ponerse en contacto conmigo, si surgía cualquier necesidad. No lo hizo durante el agobiante período de la reconstrucción de la fábrica, pero sabía que podía hacerlo en cualquier momento y esto era un sentimiento muy positivo. Nos separamos en este tono.

G. RESUMEN Y DESENLACE

Hasta donde se puede estar seguro sobre la base de una entrevista, el Sr. Baker es ahora un hombre de negocios muy próspero, que puede usar sus conocimientos e inteligencia para seguir adelante, para superar serias dificultades y para enfrentar la vida, en general. En su lugar parece estar todo muy bien. Los tres hijos se desarrollan bien, prometiendo convertirse en adultos sin muchos problemas. La relación con su mujer ha vuelto a ser la relación cordial y cariñosa que existía antes de su crisis.

Por otra parte, hay signos inequívocos de su interés por los

hombres y los deportes, pero esto tampoco es infrecuente en personas de negocios como él. Mencioné antes la ligera tendencia a la proyección, pero no creo que pueda considerarse más de lo que es aceptable dentro de los límites normales. Un signo especialmente favorable reside en que permitió a su hijo mayor alejarse de él.

Aunque extraña al muchacho (recuérdese la historia sobre la navegación) y espera que se incorporará a los negocios de la familia, no lo presiona para que lo haga; tampoco trata de interferir en su vida.

Sin duda, existe una marcada tendencia homosexual en él, pero está en parte sublimada y en parte controlada, por lo que no interfiere mucho con su goce por la vida o con su relación marital. Con respecto al otro componente de la estructura paranoide –erotismo anal– también está presente, pero lo ha sublimado con éxito. El resto, está por cierto casi controlado. Creo que está sólo precariamente equilibrado, pero el equilibrio existe ahora sin equívocos, en tanto que cinco años atrás se había roto. Más aun, como afirmé varias veces durante el tratamiento, y en especial, durante el período de seguimiento, su relación conmigo ha sido lo suficientemente buena como para permitirle que se vaya, por una parte, e irme a buscar para nueva ayuda, si fuera necesario, por la otra.

En suma puede decirse que ha mantenido el estado en el que se interrumpió el tratamiento a fines de 1961 y, cuando lo vi por última vez, en febrero de 1962. Considerando que ya han pasado casi cinco años, puede afirmarse que los resultados son muy estables.

COMENTARIOS SOBRE LA SESION 29

Intervalo transcurrido desde la sesión 27: 4 años y 9 meses.

Sólo hay un punto que agregar al resumen del informe. Es sobre la competitividad del Sr. Baker con los hombres, en este caso con sus dos hermanos. Durante todo el tratamiento, el Sr. Baker habló varias veces sobre las discusiones con sus dos hermanos, que deseaban que la fábrica continuara como antes, mientras que el Sr. Baker se inclinaba con decisión hacia la modernización. Al final decidió tener todos los planos preparados para la eventualidad de que pudie-

ra ganar. En esta sesión informó que cuando el fuego destruyó una gran parte de las estructuras, él tenía todo listo para la modernización, lo que ahorró varios meses a la compañía.

EPILOGO

Este es el fin del seguimiento propiamente dicho. El contacto entre el Sr. Baker y el terapeuta no se cortó pero no hay mucho más que informar. Inesperadamente, el Sr. Baker llamó al terapeuta en el otoño de 1967, algo menos de un año después de la sesión 29, y le preguntó si podía verlo para una charla amistosa, como había sucedido en Londres. El terapeuta tenía una hora libre y el Sr. Baker la utilizó; de hecho, resultó una charla amistosa. No se discutió nada importante, salvo que reiteró que todo estaba muy bien entre él y su mujer.

A principios de 1968 el Sr. Baker deseó tomar una póliza de seguro por una suma elevada. La compañía, como de costumbre, pidió el informe clínico al médico de cabecera y, al saber de la pasada enfermedad del Sr. Baker, solicitó una prima mayor.

De acuerdo con el médico de cabecera, el Sr. Baker se puso en contacto con el terapeuta y le pidió un informe especializado sobre él para que la compañía redujera la cláusula de una prima mayor.

El terapeuta escribió el 1° de marzo de 1968 al médico de cabecera lo siguiente:

Estimado doctor:

Gracias por su carta del 28 de febrero, que esperaba recibir después que el Sr. Baker me llamó por teléfono y me escribió a continuación, el 27 de febrero. Aún no he recibido noticias de la compañía de seguros, y aprovecho este intervalo para hacerle algunas preguntas porque este pedido me pone en una situación un tanto molesta.

Las razones son:

1. Vi al Sr Baker hace aproximadamente seis meses y juzgué que se encontraba en muy buen estado. No tengo pruebas directas para así afirmarlo excepto por sus propias palabras. Usted, como su médico

de cabecera, conoce la situación mucho mejor. Le agradecería que usted confirmara que sus ataques de celos exagerados han desaparecido del todo y que su matrimonio puede llamarse normal. Supongo que lo mismo ocurrirá en la relación con los otros miembros de su familia y con respecto a su actitud en los negocios.

2. Durante el tratamiento, nunca usé las palabras "paranoia" o "paranoico", por lo que estoy algo preocupado de que usar palabras como éstas puedan representar un shock para él. Por supuesto, que si usted usó estas palabras frente a él, la situación sería completamente distinta. ¿Puedo pedirle su consejo sobre este punto?

3. ¿Cómo consiguió este diagnóstico la compañía de seguros? ¿Fue el propio Sr. Baker quien lo proporcionó o se extrajo del informe clínico que, indudablemente, le fue solicitado a usted? Si se trata del último caso, debemos tener mucho cuidado, por supuesto. Porque, si no le damos una explicación veraz sobre la causa de que su prima haya sido elevada tan considerablemente, podemos entrar a hacer el juego a su enfermedad: gente hablando en su contra, a sus espaldas, con el fin de herirlo.

Espero que usted coincida conmigo en que ésta es una situación algo difícil y podrá ayudarme a manejarla para no correr ningún riesgo innecesario.

Sinceramente suyo,
Dr. Michael Balint

A esta carta, el médico de cabecera contestó el 4 de marzo de 1968 lo siguiente:

Estimado Dr. Balint:

Gracias por su carta del 1° de marzo respecto del Sr. Baker.

No se me ha pedido de ningún modo tratar al Sr. Baker en los últimos años y, sólo por contactos sociales que mi mujer y yo tenemos con los Baker, estoy en condiciones de saber que él ha estado excepcionalmente bien y que su relación tanto matrimonial como en los negocios ha sido normal.

Proporcioné el diagnóstico de "paranoia" a la compañía de

seguros, a su instancia, con la necesaria información sobre el estado de salud anterior del Sr. Baker.

En cuanto al Sr. Baker, sólo utilicé el término "crisis nerviosa" que consideré que se adecuaba con exactitud a las necesidades de la situación.

Me parece que el aumento sustancial de la prima del seguro constituye un juicio demasiado riguroso por parte de la compañía teniendo en cuenta su buen estado; espero que usted pueda ayudar.

Sinceramente suyo,
(Médico)

De hecho, el 6 de mayo de 1968, el Sr. Baker avisó triunfalmente al terapeuta que su propuesta había sido aceptada por otra compañía de seguros de vida de primera línea, con prima normal, por lo que no había necesidad de que el terapeuta interviniera.

Si tomamos esto como el fin del seguimiento, su duración fue superior a los seis años, pero en el momento de escribir este epílogo, más de ocho años después de su terminación, todos los signos indican que la mejoría del Sr. Baker no sólo ha permanecido estable sino que aún continúa.

6*

Estilo de tratamiento: interpretaciones y descubrimientos independientes

Muchas veces se ha dicho que con el fin de realizar observaciones relevantes el científico debe tener, al menos, una teoría tentativa que le permita: (a) clasificar sus observaciones; y (b) convalidar o rechazar su hipótesis. Por otra parte, ya se ha mencionado una y otra vez que el terapeuta debe esforzarse en descubrir la teoría psicoanalítica global en todos sus detalles para cada paciente que recibe en tratamiento y el descubrimiento debe producirse con la ayuda, –y dentro– del trabajo conjunto con el paciente. Uno de nosotros (M. B.) fue uno de los cobayos usados para el desarrollo de la técnica de supervisión a comienzos de la década de 1920 en Berlín. Recuerda a uno de sus supervisores, Max Eitingon, diciendo: "cada nuevo paciente debe ser tratado como si hubiera venido directamente de Marte; y como nadie se ha encontrado a un marciano, todo lo relativo a cada paciente debe considerarse como desconocido del todo".

Intentaremos descubrir, usando la historia del tratamiento del Sr. Baker como encuadre, hasta dónde cada una de estas actitudes teóricas contradictorias es exacta. Por supuesto, estamos totalmente conscientes de que nuestras observaciones no pueden tener validez general porque reflejan la atmósfera del tratamiento de un paciente en particular por un terapeuta en particular. Creemos que, globalmente, no estuvimos influidos en nuestros resultados por el estilo individual de la técnica del terapeuta, y sólo en menor medida por la personalidad y patología del paciente.

* Este capítulo fue escrito conjuntamente por Michael Balint y Paul H. Ornstein.

Usaremos cuatro puntuaciones: *OC* significará que la interpretación se basó exclusiva o predominantemente en observaciones corrientes en la situación terapéutica. Si, no obstante, una gran parte de la interpretación se basó en observaciones hechas en sesiones previas y no en la actual, evaluaremos la interpretación con *M* (mixta). (Véase más abajo.) *C Psic P* significará que la interpretación se basó exclusiva o predominantemente en el conocimiento psicoanalítico preexistente, el que en algunos casos sólo significa ideas preconcebidas, prejuicios o preferencias no comprobadas, hipótesis, o pensamientos de deseo del terapeuta. *M* significará que no pudimos decidir entre *OC* y *C Psic P*, debido a que ambos factores estaban presentes o bien la base para la interpretación no pudo ser identificada con certeza. Además, *DI* denotará un descubrimiento independiente hecho por el paciente; realmente, el trabajo terapéutico previo puede haberlo ayudado para ese descubrimiento, pero este fue hecho por él y no verbalizado explícitamente por el terapeuta. Debe agregarse que el criterio para clasificar una interpretación como *OC* fue más estricto que los evaluados para las otras categorías; cuando dudábamos la interpretación se registraba como *M*. He aquí algunos pocos ejemplos de la sesión *6*: C y D. 1 se clasificó como *M*, C y D. 2 y 3, párrafo 1, *OC*, C y D. 3, párrafo 2, *DI*. Las tres interpretaciones en C y D.5 fueron evaluadas *M*, la interpretación en el párrafo 6 como *OC*.

Por los ejemplos dados se verá que usamos una definición bastante amplia de interpretación. Consideramos que la interpretación se origina en el terapeuta, que tiene una o ambas de las dos intenciones siguientes:

(a) hacer consciente el inconsciente;

(b) influir las asociaciones inmediatamente posteriores del paciente para que sigan en la dirección considerada beneficiosa por el terapeuta.

Para ilustrar lo que queremos significar: nunca se evaluó el silencio del terapeuta, aunque signifique algo como "continúe, creo que estamos procediendo en la dirección apropiada". Por otra parte, cuando el terapeuta dijo o hizo algo que intentó cambiar el flujo de asociaciones y desviarlas de su dirección presente, lo evaluamos como una interpretación.

El cambio de dirección de las asociaciones puede compararse con la función de las agujas en las vías del tren. Si las agujas se mueven en una dirección, el tren marchará en línea recta; si se lo hace en otro sentido, el tren se desviará inevitablemente hacia la derecha o la izquierda, según sea el caso. En este estudio, el primer caso no se puntuó, el segundo, cuando el objetivo era desviar el tren, se consideró como una interpretación.

Una buena ilustración de este punto ocurre en la sesión 15, C y D, párrafo 1: los Sres. Baker llegaron, probablemente por un olvido de la Sra. Baker, una hora más tarde de lo convenido. Como por fortuna el terapeuta tenía la siguiente hora libre, le pareció correcto continuar. Consideramos que ésta es una interpretación basada en la observación corriente y la evaluamos así. En otras palabras, lo que el terapeuta "dijo" con su conducta podría corresponder a: "a pesar de su resistencia, creo que necesitan terapia ahora mismo. Por suerte estoy libre, así que aquí estoy para escucharlos".

Otro ejemplo se da en la misma sesión, C y D, último párrafo. Aquí el Sr. Baker le pidió al terapeuta, al final de la sesión, que tuviera algunas palabras con su mujer. Teniendo en mente su segundo objetivo focal, el terapeuta accedió. También consideramos esto como una interpretación basada en la observación corriente. Lo que "dijo" podría expresarse en palabras como: "veo que usted está mucho menos preocupado que antes sobre lo que pueda ocurrir entre su mujer y yo, lo que le producía la angustia que usted conoce bien".

Anticipamos que el propósito de clasificar las interpretaciones verbales explícitas y las respuestas importantes no verbales a los "ofrecimientos" del paciente o a los "gambitos abiertos" en la misma categoría que "interpretaciones" puede crear serias desconfianzas entre algunos de nuestros lectores. Tenemos tres argumentos que pueden ayudarlos a ver nuestra idea con más claridad. Uno se extrae de la física: Newton descubrió que el movimiento de una manzana cayendo al suelo y de la Luna girando alrededor de la Tierra pueden entenderse mejor si ambos se consideran como casos de caídas, esto es, como masas moviéndose bajo la influencia de fuerzas gravitacionales. Es obvio que la manzana está cayendo, pero no lo es tanto en el caso de la Luna que, después de todo, ha perma-

necido aproximadamente a la misma distancia de la Tierra por tiempo indefinido. Pensando de la misma manera, Einstein pudo predecir que los rayos de luz que pasan cerca del Sol "caerían", es decir, se desviarían de su dirección recta. La clasificación de fenómenos independientes similares en la misma categoría lleva a una comprensión más profunda de ellos y, asimismo, a avances importantes en nuestra teoría general.

El segundo argumento proviene de la biología: desde la época de Linneo cada especie ha tenido un nombre doble. Por ejemplo, el nombre científico del congrio es *Conger conger*; ello significa que el género puede tener el mismo nombre de la especie a la que pertenece. La razón de esto es histórica. El congrio fue la primera especie reconocida y descrita. Cuando se descubrió que varias otras especies correspondían al mismo género, el nombre genérico se retuvo y la *differentia specifica* se señaló agregando el nombre de la nueva especie, mientras que el miembro primeramente descrito del género mantenía su antiguo nombre en forma duplicada. Para nosotros, éste es el caso con la interpretación. Esta fue la primera clase de intervención terapéutica reconocida y descrita, por lo que es recomendable retenerla como nombre para todo el "género".

El tercer argumento es una especie de compromiso entre nuestras ideas y la resistencia que suponemos que existirá en algunos de nuestros lectores. Proponemos ahora como compromiso denominar a cada cosa que hace o dice el terapeuta con una intención terapéutica "intervenciones terapéuticas". Algunas están expresadas con palabras tomadas del lenguaje adulto convencional. Para ellas, debe mantenerse el nombre tradicional de "interpretación". Otras intervenciones se expresan en lenguaje conductal o como aclaraciones, confrontaciones, arreglos, acuerdos o desacuerdos con algo que propone el paciente, respuestas a sus preguntas, etc. Deben llamarse intervenciones no verbalizadas o, si se expresan con palabras, "intervenciones terapéuticas verbalizadas" para distinguirlas de las interpretaciones propiamente dichas. Estas intervenciones deben traducirse en la mente del terapeuta al lenguaje de la interpretación, como se demuestra en los ejemplos dados. Ello tiene varias ventajas: (1) resalta la identidad esencial subyacente entre las dos clases de intervenciones; (2) permite al terapeuta exa-

minar a fondo sus llamadas intervenciones no interpretativas de la misma manera que lo hace con sus interpretaciones y rechazar algunas de ellas como inadecuadas antes de "darlas"; y (3), además, esta "traducción" tiene grandes ventajas para la enseñanza y la supervisión, porque entrena al futuro terapeuta a pensar por sí mismo y a decidir sobre la base de su propia traducción si la intervención que intenta es adecuada, apropiada, deseable o no.

Si este enfoque es aceptable, nuestras estadísticas deberían titularse: Intervenciones terapéuticas basadas en observaciones corrientes, en conocimientos psicoanalíticos preexistentes, mixtas o descubrimientos independientes del paciente, lo que significa que en realidad hemos considerado del mismo modo las interpretaciones propiamente dichas y todas las demás intervenciones terapéuticas.

Dentro del encuadre de este estilo, quisimos evitar involucrarnos en la defensa de las teorías que fundamentan estas proposiciones y las consecuencias técnicas subsecuentes, pero pensamos que teníamos que mencionar explícitamente los principios en que nos basábamos para la construcción de las estadísticas descritas a continuación.

Un ejemplo de lo difícil que es decidir si un determinado hecho debe clasificarse como una interpretación, una intervención terapéutica o, simplemente un recuerdo más detallado del paciente de su sintomatología con una cantidad de nuevos detalles, se da en el informe de la sesión 23. Ahí el problema está simplificado porque podemos usar las propias notas escritas por el paciente reproduciendo su punto de vista no distorsionado. El lugar de la interpretación es, por supuesto, tomado en esta oportunidad por descubrimientos independientes. Deseamos registrar que clasificamos como tales cinco descubrimientos independientes del Sr. Baker mientras que clasificamos el resto como repeticiones de su conocida sintomatología con algunos detalles nuevos. Nos preguntamos cuántos de nuestros lectores coincidirán con nuestra clasificación.

Otra limitación, algo vaga, donde cualquier decisión necesariamente resulta un poco arbitraria, es la frontera entre los descubrimientos independientes y algún insight del paciente durante el curso de unas asociaciones libres como respuesta a una interpretación

del terapeuta. Aquí el principio que nos guió fue nuestra impresión sobre si ese insight en concreto alcanzaba el nivel de descubrimiento y tenía características suficientes de independencia. Si ambos elementos estaban presentes, lo puntuamos como *DI*. De lo contrario no lo tuvimos en cuenta. La última dificultad fue el problema intrínseco a lo que llamamos interpretaciones multifásicas. Significamos con ello que el terapeuta da una interpretación parcial, espera a las asociaciones estimuladas por ella, y, si lo considera justificado, añade una parte más de la interpretación, espera nuevamente por la respuesta y, si le parece apropiado, puede agregar nuevos aspectos parciales de la interpretación. El problema es si se debe clasificar la interpretación parcial de cada fase separadamente o el total como una interpretación. Hemos decidjdo usar la primera parte de la alternativa a lo largo de este estudio. Deseamos agregar que la primera fase o las siguientes fases de tales interpretaciones multifásicas se llaman por otros autores interpretaciones preparatorias.

Una última observación: nuestra investigación estadística está basada por entero en la fenomenología clínica. Se clasificó cada interpretación o intervención, que hubiera logrado un buen resultado terapéutico, o ninguno (o alguno). No era nuestro objetivo examinar el valor y la exactitud de cada intervención terapéutica; sólo nos limitamos a contarlas sobre la base de las definiciones antes dadas.

Las cifras en el *Cuadro I* pueden recapitularse de la siguiente manera: más de la mitad, exactamente el 53%, de todas las intervenciones terapéuticas en este tratamiento se basaron exclusiva o predominantemente en observaciones corrientes. Sólo el 18% se consideraron que tenían una base mixta o incierta. Sólo el 2% de todas las intervenciones se basaron exclusiva o predominantemente en conocimiento psicoanalítico preexistente. Por otra parte, la cantidad de descubrimientos independientes hechos por el paciente alcanzó el 26%. Estas proporciones, creemos, son buenos índices para el estilo individual de este terapeuta. Estudios similares pueden completar la base para un estudio clínico comparativo de estilos terapéuticos.

Para mostrar cómo evaluamos *DI*, nos podemos referir a las sesiones 25 y 26, C y D:
Primer párrafo: sin evaluar.

CUADRO 1 - INTERVENCIONES TERAPEUTICAS

	Fase inicial (Sesiones 1-7) 7 sesiones	Fase media (Sesiones 8-22) 15 sesiones	Fase terminal (Sesiones 23-27) 5 sesiones	Total %
OC	14	42	8	64 53
M	12	7	3	22 18
C Psic. P.	–	–	2	2 2
Subtotal (por el terapeuta)	26	49	13	88 73
DI (por el paciente)	2	17	13	32 26
Total	28	66	26	120 99
Intervenciones por sesión	4	4,25	5	– –

M = mixtas
OC = observaciones corrientes
C Psic. P. = conocimiento psicoanalítico preexistente
DI = descubrimientos independientes

Segundo párrafo, primera parte: *DI* porque no consideramos la segunda parte de este párrafo como un nuevo descubrimiento sino sólo como un aspecto específico del descubrimiento obtenido en la primera oración.
El tercer párrafo fue más difícil de evaluar. Después de una larga discusión, decidimos considerar como *DI* todos los descubrimientos parciales relativos a las mujeres, pero clasificamos como otro *DI* su comprensión de la diferencia de sus sentimientos respecto de los hombres.

El cuarto párrafo se evaluó como dos descubrimientos independientes diferentes. Uno fue su comprensión de que la relación entre un hombre y una mujer es una "mezcla de protección y deseo

de posesión violenta". Todos los otros descubrimientos parciales fueron considerados elaboraciones de la anterior, pero, en cambio, juzgamos que era un descubrimiento independiente su reconocimiento de que sus incesantes interrogatorios eran un intento de superar sus celos.

El promedio de intervenciones por sesión es de 4,25, de las que aproximadamente el 53% son *OC* y el 26%, *DI*.

Para tener una idea de cómo cambiaron las proporciones de las clases de intervenciones durante los distintos períodos del tratamiento, dividimos la última en tres fases. Usamos la aparición de descubrimientos independientes por parte del paciente en el tratamiento como una indicación del final de la fase inicial. Decidimos considerar como comienzo de la fase media la sesión 8, durante la cual el paciente hizo más de un descubrimiento independiente. La fase terminal, igualmente arbitraria, se comenzó a contar desde la sesión 23, cuando el terapeuta y el paciente modificaron la frecuencia de las sesiones a una vez por semana después de haberse cumplido un decisivo e intenso período.

Aceptando estas divisiones, el cuadro muestra que en la fase inicial se produjo aproximadamente la misma cantidad de tipo de interpretaciones *OC* y *M*, en tanto que la cantidad de descubrimientos independientes del paciente fue menos del 10% de todas las interpretaciones dadas por el terapeuta.

En la fase media, seis de cada siete interpretaciones se basaron exclusiva o predominantemente sobre observaciones corrientes, mientras que los descubrimientos independientes del paciente alcanzaron casi a uno de cada cuatro de todas las intervenciones terapéuticas.

En la fase terminal, la proporción entre *OC* y *M* fue aproximadamente de 3 a 1, mientras que la cantidad de *DI* fue exactamente la misma que la de las interpretaciones hechas por el terapeuta.

Consideramos que estas cifras ilustran el progreso de la terapia y el aumento en la madurez del control y la responsabilidad del paciente.

La cantidad de intervenciones por sesión muestra un firme aumento desde la fase inicial hasta la terminal. Fueron cuatro en la fase inicial; cuatro y un cuarto, en la fase media; y cinco en la ter-

minal. Sin embargo, como tanto las cifras totales como los cambios son bastante pequeños no podemos atribuirles significación estadística. En todo caso, el cambio se produjo en la dirección correcta.

7*

La experiencia del tratamiento del Sr. Baker como un proceso

En el capítulo anterior examinamos algunos aspectos de la técnica terapéutica, es decir, el estilo de tratamiento con respecto a los tipos de interpretación dados. Hicimos eso de manera descriptiva, tendiendo a cierto grado de generalización, de modo que una evaluación comparativa de las técnicas terapéuticas en el futuro será más fácil para nosotros. Lo que tuvimos que omitir en ese capítulo fue una consideración de la técnica tal como estaba incluida y dictada por el proceso del tratamiento. Eso es lo que intentamos explicar en este capítulo.

¿Cuál es ese proceso que tiene un papel tan central en la psicoterapia? Sin intentar definirlo exhaustivamente aquí, deseamos volver al capítulo 1, donde indicamos que había dos aspectos de este proceso que planeábamos examinar: (1) el desarrollo de la relación médico-paciente; y (2) la interacción entre las asociaciones del paciente y la elección del terapeuta por las intervenciones.

La primera describe el lado emotivo, experimental, de esta interacción. La segunda describe las respuestas verbalizadas y no verbalizadas del terapeuta a lo que el paciente "ofrece" verbalmente o a través de su conducta.

¿Cuál es la relación de estos dos niveles de interacción? Cuando el paciente y el médico se encuentran y se embarcan en la aventura conjunta de la psicoterapia, la contribución de cada uno determinará la atmósfera emocional entre ellos y de lo que hablarán.

*Este capítulo fue escrito por Paul Ornstein después de la muerte de Michael Balint.

Esta atmósfera se caracteriza por parte del paciente por un intento de experimentar en el presente, o reexperimentar desde el pasado, ciertos aspectos de sus problemas no resueltos y hacerlos aflorar esta vez en forma correcta, con el terapeuta como la réplica de las figuras importantes en sus años jóvenes.

Por parte del médico, la atmósfera se caracteriza por permitir que ocurra esta experimentación o reexperimentación, tanto cuanto sea necesario para la tarea terapéutica. La contribución del terapeuta a esta atmósfera tiene que facilitar el reflejo, el recuerdo, el vínculo entre el pasado y el presente, etc., para que el paciente pueda encontrar nuevas soluciones a sus antiguos problemas. Otro modo de expresar esto, tal como lo ha hecho frecuentemente el Dr. Balint, es: el terapeuta tiene que *aceptar* lo que ofrece el paciente; luego, tiene que *entender* esto; finalmente, en el momento apropiado tendrá que *interpretarlo* y, así el paciente también lo comprenderá. Después de todo, el proceso terapéutico tiende a llevar a ese nivel de entendimiento cualquier cosa que ocurra en el nivel de las emociones. Lo que necesita ser interpretado (cuánto, cuándo y con qué propósito) depende, por supuesto, de los objetivos del tratamiento y de su estilo particular. En la psicoterapia focal, por ejemplo, de todo lo que el paciente ofrece sólo se interpretan aquellos aspectos que facilitan y realizan el trabajo dentro del foco elegido.

Debe destacarse que lo descrito en los párrafos precedentes como "experiencia" o "reexperiencia" se manifiesta en terapia por el paciente por lo que ofrece con *palabras* y en su *conducta*. Entonces, la tarea terapéutica es captar verbal y cognitivamente tanto de lo que se ofrece cuanto sea necesario para alcanzar los objetivos específicos del tratamiento. Si no se alcanza esta fase interpretativa –si al paciente se le consciente sólo su conducta repetitiva– éste puede continuar así indefinidamente, aunque pueda aportarle alguna satisfacción y alivio, quizá sólo por un tiempo o tal vez aun sobre una base de largo plazo, pero sin ningún cambio en la dirección de la maduración emocional.

Con este preámbulo estamos dispuestos a describir los dos niveles de interacción en el tratamiento del Sr. Baker por el Dr. Balint. Sin embargo, en lugar de seguirlos detalladamente, sesión por sesión, sólo daremos unos pocos ejemplos de intercambios signi-

ficativos, y dejaremos al lector que analice los informes de la sesión con todo el detalle que desee para hacer un estudio del pensamiento terapéutico de Balint y de su técnica.

Una forma útil de sintonizar con el proceso es examinar la contribución inicial de cada participante y luego seguir las vicisitudes de la relación médico-paciente y el desarrollo de las interpretaciones como el "hilo de la trama" de los hechos terapéuticos. Es alrededor de este hilo de la trama que podemos organizar más fácilmente nuestro pensamiento clínico y teórico en relación con los diversos aspectos del tratamiento.

Lo que acaba de decirse implica algo sobre el proceso, que merece se haga más explícito. En términos generales, los hechos en terapia tienen continuidad durante un tiempo. Poseen una dirección discernible y están relacionados el uno con el otro, por ejemplo, una cosa lleva a la otra. En cualquier punto de este proceso varios acontecimientos pueden relacionarse con los precedentes y los que siguen pueden anticiparse o vincularse retrospectivamente con los otros.

La psicoterapia focal, en general, pero el tratamiento del capítulo 5 en particular, permite bien el estudio del proceso terapéutico. El objetivo focal explícito establecido ayuda al terapeuta (y ayudará al lector) a mantener su vista en el hilo de la trama del proceso terapéutico. La estructura, en particular, de los informes de sesión también hace más fácil esta tarea.

Para aclarar más nuestra presentación, resumiremos algunas muestras representativas de las siguientes fases del desarrollo de este tratamiento bien documentado y único: (a) diagnóstico y fase inicial; (b) fase media; y (c) fase de terminación.

A. El diagnóstico y la fase inicial

El Sr. Baker fue derivado al Dr. Balint para una posible psicoterapia como último medio de evitar la hospitalización ante una grave paranoia de larga data por celos. Estaba bien circunscrita y limitada en gran medida a una preocupación creciente respecto de lo que su mujer pudo haber sentido por otro hombre, James, que la cortejó antes de casarse, unos 20 años atrás. Interrogaba sin cesar a su

mujer, compulsiva y vengativamente, sobre los detalles de sus experiencias con James y la torturaba con sus exigencias y acusaciones. Obtenía declaraciones de ella, quien sólo las hacía para calmarlo, pero de las que tenía que retractarse más tarde porque no eran ciertas. Una vez la había descubierto en diversas contradicciones, se exasperaba por haber sido engañado y el interrogatorio volvía a comenzar de nuevo.

El Sr. Baker dio un informe muy bueno de sí mismo durante las entrevistas diagnósticas. Estaba ávido de hablar y quería ordenar con el terapeuta lo que no podía ordenar de sí mismo con su mujer. El terapeuta respondió con una intervención de prueba (sesión 1, F), diciendo que "... era probable que necesitar que alguien actuara como una tabla de armonía..."

Al final de la primera entrevista, la Sra. Baker fue vista brevemente a su propio pedido, con el permiso del Sr. Baker y en su presencia. Confirmó lo dicho por él. Antes de marcharse, el Sr. Baker pidió ser visto de nuevo lo antes posible.

Durante la segunda entrevista, una semana más tarde, el paciente completó algunos detalles de sus antecedentes. Dijo entonces que a menudo había reflexionado, desde el comienzo de su matrimonio, sobre lo que había sucedido entre su mujer y su ex rival, pero que esto no lo hizo sentirse mal hasta mediados de 1950. En respuesta a una pregunta, relató que se había mudado a una nueva casa, que su suegro (por quien sentía un gran afecto, que era correspondido del mismo modo) había fallecido y que él y sus hermanos habían adquirido la participación mayoritaria en el negocio familiar de su padre, ocurriendo todo esto casi al mismo tiempo. Pronto volvió a discutir su preocupación sobre la relación de su mujer con James, y elaboró sobre el antecedente de que su mujer Farah había acudido a James durante el intervalo de su relación en que él había viajado a la India.

Sentía que desde la primera entrevista había cambiado mucho. Ahora conocía todos los hechos, él y su mujer por fin se habían entendido entre sí y todo había quedado aclarado. Pronto se contradijo, volviendo a sus cavilaciones. El terapeuta respondió "señalándole que durante varios años había podido tolerar este problema sin mayores dificultades, pero que algo debía haberle ocurri-

do hacía seis años, y luego un año y medio atrás, para provocarle la crisis. Quizá si pudiéramos averiguar qué significaban esas cosas para él, se encontraría entonces en mejores condiciones de impedir que se repitiera" (sesión 2, C y D). Al paciente no le gustó esto y lo pasó por alto volviendo a sus ideas paranoides. El terapeuta, no obstante, insistió y le propuso investigar qué le había pasado que lo había llevado a sus dos crisis previas y consideró que eso podía insumir entre 10 y 20 sesiones. El Sr. Baker sólo quería usar al terapeuta como una tabla de armonía durante, como máximo, cinco o seis sesiones. Lo iba a tratar con su médico y su mujer antes de tomar una decisión. Agradeció profusa y calurosamente al psicoterapeuta por lo que había hecho, y no se supo de él por 15 semanas.

¿De qué clase de diagnóstico y fase inicial se trata? ¿Qué puede decirse en función del proceso que deseamos identificar y seguir?

Significativamente, la relación médico-paciente tal como la caracterizó el terapeuta (sesión 1, E y sesión 2, B) es muy reveladora. El paciente parece haber encontrado lo que necesitaba en el terapeuta. Este, a su vez, respondió cauta pero muy positivamente al pedido del paciente. También reconoció los sentimientos homosexuales latentes del paciente hacia él. De la atmósfera de la entrevista, parecía que paciente y terapeuta habían hecho "buenas migas", lo que dio como resultado un encuentro diagnóstico productivo y bien definido. El terapeuta tuvo éxito al facilitar el proceso diagnóstico con una intervención de prueba (sesión 1, F).

Como resultado de esta primera entrevista, el terapeuta previó un alivio de la tensión y un aumento en la inclinación amistosa, homosexual, del paciente (sesión 2, A), pero la respuesta fue mucho más que eso: hubo una mejoría en la relación con su mujer, pudo dormir mejor y planeó volver al trabajo (sesión 2, B. 1). El terapeuta, alentado por la respuesta, permaneció cauteloso, pero comenzó cierta elaboración interpretativa y propuso los términos del tratamiento, que el paciente no era capaz de utilizar (sesión 2, B. 2 y C y D, últimos 2 párrafos).

Al no aceptar la propia propuesta del paciente para el tratamiento, el terapeuta pudo haber interferido con algunas esperanzas o expectativas de aquél, sin las cuales el Sr. Baker no podía comen-

zar su psicoterapia. Esta era su necesidad, en la transferencia, de un padre benigno, afectuoso, permisible. Este paciente, en su precario equilibrio, debió de haber experimentado la intervención del terapeuta como una enorme exigencia de cambio de la que tenía que huir (véanse también los comentarios sobre la sesión 2).

A pesar de este estancamiento al final de la segunda entrevista diagnóstica, el trabajo cumplido permitió al terapeuta formular de modo bastante preciso sus objetivos focales. Una mirada a las "intervenciones terapéuticas pensadas pero no verbalizadas" (sesión 2, E) nos ayuda a apreciar sobre qué bases el terapeuta eligió estos focos particulares. En la sesión 2, F y H (b) y (c), el terapeuta seleccionó los sentimientos culpables del paciente causados por su triunfo sobre sus rivales homosexuales (James, su suegro, su propio padre) como su objetivo más ambicioso. Tomó esto como su objetivo secundario: dejar que el paciente compartiera su mujer con otro hombre (simbólicamente, el terapeuta en la transferencia) podía ser como una puerta de entrada a la terapia o tomado como toda la terapia, ya que el Sr. Baker parecía estar satisfecho con este solo objetivo. (Véanse también los comentarios sobre la sesión 2, párrafos 3 y 4.)

Después de un intervalo de 14 semanas, el paciente volvió a terapia. Estuvo bastante bien en el intervalo durante un tiempo; trabajó en ese lapso, pero otro episodio de cuestionamiento a su mujer y el franco enfrentamiento de ésta le hicieron darse cuenta de lo insoportable que debió de haber sido su crítica para ella; todo el episodio sacudió de nuevo su confianza sobre la veracidad de su esposa. Así, se presentó una vez más con el problema focal de sus celos intensos con James, sin ser capaz de aceptar su victoria sobre éste (y sus otros rivales homosexuales).

Debe formularse la pregunta: ¿qué clase de experiencia terapéutica necesitaba el Sr. Baker para alcanzar el objetivo más ambicioso o bien el secundario? Los dos están, por supuesto, estrechamente relacionados. Si él podía compartir, simbólicamente, a su mujer con sus rivales homosexuales, ello significaría una mitigación de sus celos mórbidos y del incesante interrogatorio sobre su vida. Si pudiera aceptar su victoria sobre sus rivales, ello significaría un cambio profundo en sus sentimientos de inferioridad respecto de

ellos y también podría abandonar su interés homosexual, en el sentido de que no tendría "necesidad de mantener una relación cordial con cualquier hombre que signifique algo en su vida" (véase sesión 2, E).

¿Qué pruebas existen de que pueda cumplirse alguno de estos dos objetivos? El Sr. Baker mostró durante la tercera sesión "gran confianza en mí [en el terapeuta], que también tiene un matiz homosexual sublimado muy intenso" (sesión 3, E). Así, el Sr. Baker volvió al terapeuta con su transferencia inicial intacta o quizás más intensificada todavía. En tanto mantenga esta transferencia, que durante las primeras quince sesiones, más o menos, permaneció relativamente en "tono bajo", aunque siempre presente de modo palpable y con frecuencia interpretada, tanto más será posible para el paciente y el terapeuta lograr el objetivo focal.

De hecho, esto es lo que inició el terapeuta en la tercera sesión, cuando interpretó la crueldad del Sr. Baker hacia su mujer como su venganza por haber sido herido por ella. Esto conduce a la "prehistoria" de sus sentimientos heridos: "se sentía herido por las mujeres porque lo rechazaban y herido por los hombres porque eran mejores y superiores" (sesión 3, C y D y comentarios sobre la sesión 3, último párrafo). Como resultado, el terapeuta anticipó cierta mejoría y una profundización de la transferencia homosexual (sesión 4, A y B).

No sólo hubo mejoría inmediata (sesión 4, C y D, 1), sino que el proceso interpretativo de la sesión previa, que llevó al Sr. Baker a decir: "que el motivo por el cual no podía aceptar los hechos [en cuanto se refieren a las experiencias de Farah con James] y olvidarlos debía estar vinculado con sus experiencias en la infancia y la adolescencia, sobre todo en relación con su padre" (sesión 4, C y D, 2). Expuso entonces algunos recuerdos tempranos y de la niñez altamente reveladores (sesión 4, C y D, 2, 3, 4, 5) y llenos de detalles turbadores sobre diversas experiencias homosexuales, las cuales duraron aproximadamente hasta los 20 años.

El terapeuta respondió a todo esto diciendo: "que las experiencias de su infancia y su adolescencia despertaron en él el sentimiento de que no era un verdadero hombre, de que los demás hombres eran superiores a él, y de que indefectiblemente debía

perder cada vez que competía con uno de ellos, como por ejemplo, con su padre o el otro oficial [James]" (sesión 4, C y D, 6).

El ejemplo precedente es una buena ilustración de cómo el terapeuta trabaja hacia su objetivo focal y de la habilidad del paciente para hacer uso de las interpretaciones y responder con nuevos recuerdos confirmatorios. Además, aquí (sesión 4, C y D, 2), como muchas veces en esta terapia, el estilo de las intervenciones del terapeuta permitió al paciente hacer un "descubrimiento independiente" (véase capítulo 6). La secuencia que acaba de presentarse también es un ejemplo de lo que llamamos proceso interpretativo (véase también la estructura de la sesión 9).

Una revisión de las sesiones 3, 4 y 5 permitirá al lector seguir en detalle las asociaciones del paciente, las intervenciones del terapeuta, las respuestas del paciente a estas intervenciones, la siguiente intervención del terapeuta, etcétera. Es instructivo ver cómo este terapeuta no pierde de vista su objetivo focal y, como resultado, los diversos sucesos en este tratamiento están significativamente vinculados dentro de un proceso coherente. Cuando vacila respecto de sus objetivos focales, lo manifiesta así de modo bien explícito. Esto también es valioso para seguir el proceso del tratamiento. Las observaciones del terapeuta para las sesiones E y F en cada informe de sesión iluminan el proceso en curso y, junto con la sesión A, insinúan su dirección posterior.

No seguiremos el tratamiento hasta su fase media, excepto afirmando que el problema presente fue comprendido plenamente, paso a paso, desde sus orígenes en relación con las experiencias del Sr. Baker mientras cortejaba a su novia y de su victoria sobre James. Algunos de los antecedentes tempranos de su niñez y posterior adolescencia estuvieron significativamente vinculados en el trabajo terapéutico por las sesiones 7 y 8. El terapeuta pensó entonces que el tratamiento podía terminar pronto. Su evaluación fue que se había hecho un considerable trabajo sobre su objetivo focal más ambicioso y que podía terminar con una comunicación escrita sobre su objetivo secundario, simbólicamente logrado (sesión 7). Sin embargo, se hizo necesario un tratamiento más prolongado y ello nos conduce a lo que podemos llamar ahora la fase media del tratamiento.

B. La fase media

El Sr. Baker continuó cavilando sobre el problema de si Farah sólo era sexualmente excitada por James o si lo amaba o si deseaba su compañía (sesión 7, C y D, 3). Cada incidente de cavilación y recriminación era llevado entonces a la sesión de terapia y conducía a una mejor comprensión de sus motivos con respecto al interrogatorio sádico y continuo a su mujer (sesión 8, C y D, 2, 3, 4 y 5). Todo lo que se comprendió sobre la relación del Sr. Baker con su mujer pudo entonces vincularse de manera efectiva, sea por él mismo o por el terapeuta, con la relación con su padre (sesión 8, C y D, 4 y 6). En esa relación fue el Sr. Baker el que fue tratado sádicamente, pero al llegar aquí ya comenzó a ser capaz de enfrentarse con su padre (sesión 8, C y D, 6) y también a ser como él (sesión 10, C y D, 3). El trabajo interpretativo de esta fase se continuó con la transferencia homosexual hacia el padre, que fue muy bien ilustrada en un sueño, "en el que una gran serpiente, una criatura muy amistosa, subió hasta él y apoyó la cabeza en sus rodillas. No estaba asustado para nada" (sesión 9, C y D).

El hecho de que el Sr. Baker viera en el terapeuta a una gran serpiente amistosa, quizá también le permitió desahogar algo de su rencor y juicios críticos, suave e indirectamente, sobre el terapeuta. Este pudo interpretar que el Sr. Baker lo golpeaba con sus cavilaciones del mismo modo como lo hacía con Farah (sesión 12, C y D, 4 y 5).

Paciente y terapeuta tuvieron que usar las siguientes seis semanas (debido al intervalo de vacaciones del terapeuta), después de la sesión 13, como un test con respecto a si estaba indicada alguna otra terapia.

En la sesión 14 el Sr. Baker mostró una mejoría constante, una actitud más positiva respecto de sí y un descubrimiento independiente adicional: se dio cuenta de que su interrogatorio y tortura constantes no sólo estaban dirigidos contra su mujer sino también contra sí mismo por haber apartado a Farah de James (sesión 14, C y D; véanse también los comentarios sobre la sesión 14).

Dado que todo marchaba bien, el terapeuta sugirió disminuir las sesiones terapéuticas. El siguiente contacto con el Sr. Baker

sería siete semanas después. Esto se combinó también para que se hiciera un retest con la psicóloga en el intervalo. El informe confirmó las observaciones clínicas.

Mientras el Sr. Baker mantenía su mejoría general, algo nuevo surgió, muy perturbador para la Sra. Baker, quien también estuvo presente en parte de la sesión 15. El Sr. Baker había buscado a algunas prostitutas en varias ocasiones y se había hecho masturbar por ellas, habiendo informado cada vez a su mujer sobre estos encuentros. Refiriéndose a todos los detalles agregó que "todo esto significaba una gran liberación para él" (sesión 15, C y D). El terapeuta comentó que parecía ser que la liberación del Sr. Baker tenía que ser pagada con el sufrimiento de la Sra. Baker y el problema a resolver era: "¿cuánta liberación se ha de alcanzar al precio de cuánto sufrimiento?"

Los detalles de la conducta del Sr. Baker señalaban el punto (además de una variedad de otros significados; véase sesión 15, E) de que estaba haciendo a las prostitutas lo que su mujer permitió hacer a James mientras el Sr. Baker estuvo en la India (sesión 15, E, 2). Incluso, su modo de responder a la terminación sugerida fue producir síntomas más alarmantes para atraer la atención del terapeuta hacia él (sesión 15, E, 3).

El terapeuta no tuvo otra alternativa que aceptar el pedido del Sr. Baker de continuar el tratamiento (comentarios sobre la sesión 15), y la fase media se alargó con una mayor profundización sobre los objetivos focales originales.

Como resultado de su "acting out", el Sr. Baker se sintió mucho más aliviado y próximo a Farah. El terapeuta interpretó que quizás ello se debía al hecho de que él le había devuelto todo el dolor que ella le causó en Chipre. El protestó, diciendo que había una diferencia: Farah se involucró emocionalmente con James, en tanto que él no, con las prostitutas (sesión 16, C y D, 2).

En la sesión 16 hubo pruebas claras de que el Sr. Baker era capaz de lograr relaciones más íntimas con su madre, con su padre y con Farah como respuesta directa a sus experiencias en la terapia (véanse los comentarios sobre la sesion 16). Deseaba terminar su tratamiento ahí y el terapeuta lo aceptó porque consideró que el Sr. Baker podía aceptar ahora su victoria sobre su padre, James y

otros hombres (sesión 16, F). Así, comenzó otro intento de discontinuar el tratamiento.

Cerca de siete semanas más tarde una recaída más seria hizo que el Sr. Baker volviera a la terapia. Estaba "casi psicótico: perentorio, inabordable" (sesión 17, C y D, 2), lo que cambió la atmósfera del tratamiento significativamente durante una parte de la sesión (sesión 17, B).

Una vez que la "nube paranoide" se disipó algo (sesión 17, C y D, 5 y 6) el Sr. Baker "ofreció" para su tratamiento el último ataque de torturas a su mujer. Ahora estaba tratando con desesperación de asegurarse si Farah amaba realmente a James pero se casó con él por otras razones y quería saber sin rodeos si el terapeuta podía ayudarlos, a él y a su mujer, para no atormentarse más el uno al otro (sesión 17, C y D, 6).

El terapeuta, algo sacudido por esta recaída más severa (véanse los comentarios sobre la sesión 17, último párrafo), ofreció seguir el tratamiento ya que hasta entonces cualquier esfuerzo llevó a una nueva comprensión de los detalles del problema focal del Sr. Baker. Durante las siguientes tres semanas paciente y terapeuta se encontraron dos veces por semana (sesiones 17-22). La recaída fue entendida e interpretada como una revancha contra el terapeuta ante la amenaza de abandonar a su paciente. Esto parecía como una repetición de sus torturas vindicativas hacia Farah por su amenaza de abandonarlo en Chipre cuando salió con James. Antes en este tratamiento (sesión 9, C y D) el Sr. Baker habló de la completa soledad que significó para él en la India sentir que había sido echado, olvidado y abandonado por alguien importante para él, es decir, Farah. Ahora esto fue vuelto a vivenciar en la transferencia y condujo a una atmósfera tensa, irritable y paranoide, tal como ocurrió entre él y Farah, y antes entre él mismo y su padre, haciéndose así más profundo en la psicopatología habitual del paciente (véanse los comentarios sobre la sesión 18).

El terapeuta interpretó que la misma equivocación que llevó a la violenta recriminación del Sr. Baker a su mujer, también pudo haber prevalecido ahora en la terapia y determinar la confusión actual: "nosotros dos no nos entendíamos y que eso era más de lo que [el Sr. Baker] podía tolerar" (sesión 18, C y D, 3). Esta interpretación ayudó a reestablecer en la terapia la atmósfera amistosa previa y llevó al Sr. Baker a decir que necesitaba una palmada en la espalda de algún hombre importante para él, como por ejemplo su amigo Keith o el terapeuta. Cuando recibe esa felicitación, las cosas vuelven a su lugar y él se siente mucho mejor (sesión 19, C y D, 6). De este modo, las necesidades de la transferencia dominante del Sr. Baker están bien documentadas, con sus propias palabras. Esta intensa necesidad era la que él esperaba que fuera satisfecha por la "serpiente amistosa" –el terapeuta– y que confiaba en que lo mantendría en su trabajo terapéutico (véanse también los comentarios sobre la sesión 19, último párrafo).

De hecho, dos sesiones más tarde se restableció una calma completa en el hogar y durante las sesiones. Paciente y terapeuta comprendieron que ello se había logrado en gran parte porque ambos se entendieron ahora uno al otro de nuevo (sesión 22, C y D, 1). Globalmente, el hecho de que la relación paciente-médico se restableciera sobre una base de amistad "homosexual" permitió continuar con el trabajo focal un poco más (sesión 22, C y D, 2, 3, 4, y 5). Esta elaboración, sus resultados inmediatos y el viaje a los Estados Unidos anticipado por el terapeuta, condujeron al intento final de discontinuar el tratamiento.

C. La fase de terminación

Las diversas influencias que pesaron para finalizar el tratamiento en las sesiones 23 a 27 se discutieron en la sesión 27, G y en los comentarios sobre la sesión 27. Esta fase fue anunciada por claras mejorías sintomáticas y profundización en la comprensión de los problemas focales del Sr. Baker como resultado de las sesiones 17 a 22.

El paciente proporcionó un resumen muy útil y un documento interesante de su propia comprensión, trayendo a la sesión 23 una lista que resumía sus propios problemas tal como los veía y donde constaban todos los acontecimientos, pasados y presentes, que parecían haber desencadenado sus temores, su sentimiento de confusión, soledad y de no ser querido, cualquiera de los cuales, o todos juntos, podían llevarlo al pánico. Aun fue más lejos y agregó

una lista de antecedentes de la infancia y posibles raíces genéticas que podían explicar sus dificultades (sesión 22, C y D).

La fase de terminación del tratamiento, como ocurre con frecuencia después de un comienzo productivo y una fase media, no sólo consolidó lo que se había logrado, sino que profundizó y extendió todavía más los resultados. En este proceso del tratamiento el terapeuta continuó manteniendo sus objetivos focales y juzgó que se había detenido un período de desarrollo paranoide y que sus efectos habían sido ampliamente anulados (sesiones 25 y 26, G; 27, G y comentarios sobre la sesión 27).

Para obtener mayor insight de sus celos paranoides, el Sr. Baker pudo utilizar la interpretación de que cualquier cosa que dos personas tuvieran entre sí con exclusión de él, se resentía y creía que conspiraban en su contra (sesión 24, C y D, 2). Aunque no había tenido motivo para desconfiar de Farah desde que estaban casados, el constante interrogatorio a ésta iba dirigido a encontrar pruebas de que su confianza en ella era infundada (sesión 24, C y D, 3). Detrás de su desconfianza había un "complejo de inferioridad" enraizado en su sentimiento de que las mujeres nunca podían amarlo realmente y de que los hombres eran todos mejores que él (sesión 24, C y D, 5). Esto agregaba un último toque a su comprensión del implacable cuestionamiento sobre lo que Farah sentía por James. Dijo que "la actitud de un hombre hacia la mujer que ama es una mezcla de protección y un deseo de posesión violenta". Temía que James lo hubiera superado en esto último y hubiera poseído a Farah mientras él estaba en la India (sesiones 25 y 26, C y D).

El Sr. Baker decidió que la número 27 fuera su última sesión terapéutica. Aunque el proceso terapéutico iniciado y mantenido a un ritmo e intensidad poco frecuentes "aún no se había completado" (véanse los comentarios sobre la sesión 27), el terapeuta aceptó la decisión del Sr. Baker.

Un seguimiento posterior y detallado de más de seis años prueba que no sólo el paciente mantiene lo que había conseguido en la sesión 27, sino que es capaz de continuar el proceso de alcanzar una mejoría en otros muchos aspectos de su vida personal: las relaciones con su mujer, hijos, sus propios padres, amigos y en las actividades de negocios. Es interesante notar que incluso durante la

primera sesión formal de seguimiento (sesión 28, C y D) el terapeuta pudo elaborar un poco más sobre sus objetivos focales. La segunda sesión formal de seguimiento (sesión 29, C y D) no contiene interpretaciones.

El paciente se manejó para abandonar la terapia reteniendo una imagen del terapeuta como su aliado y auxiliador (sesión 28, E), la parte positiva de la imagen escindida de su padre.

Lo que emergió de este proceso terapéutico puede utilizarse ahora para formular la psicopatología del paciente. Es lo que intentaremos hacer en el próximo capítulo.

8*

Personalidad y enfermedad del Sr. Baker

Podría esperarse que no fuera una tarea muy difícil construir un buen retrato de la personalidad y enfermedad del Sr. Baker sobre la base de lo que surgió durante su tratamiento y por el conocimiento de la estructura de la personalidad humana, que puede obtenerse a partir de los estudios psicoanalíticos y psicológicos. En lo que sigue vamos a intentar demostrar que esta tarea no es nada simple, aun si se evita, como hemos hecho, el problema intrigante de qué constituye la estructura dinámica específica de la paranoia de celos.

En lugar de ello, deseamos enfocar la personalidad (o carácter) del Sr. Baker y las distorsiones de su personalidad (su enfermedad o sintomatología) como nos surgió del material diagnóstico, terapéutico y de seguimiento presentado en el capítulo 5.

Antes de hacerlo, sin embargo, debemos definir nuestros conceptos y enfoques sobre estas dos áreas problemáticas que tradicionalmente se describen como personalidad y sintomatología del paciente. Cada paciente se presenta siempre como una persona total, aunque nunca en ningún momento en particular en su totalidad; sólo ciertos aspectos serán observables, y, así, estar a disposición del terapeuta para su estudio en cualquiera de las sesiones. Tomando una serie de sesiones, el terapeuta observará que ciertos aspectos del paciente como persona han permanecido largo tiempo sin cambios: son los que agrupa con el título de "personalidad" o "carácter"; mientras observa que otros aspectos cambian con el

* Paul H. Ornstein hizo agregados a este capítulo después de la muerte de Michael Balint.

impacto del trabajo terapéutico: son los que agrupa con el título general de "sintomatología". Sabemos que este método de diferenciación entre personalidad y sintomatología se basa en un rudimentario método empírico y no en proposiciones científicas confiables; aun así, clasificamos fundamentalmente sobre estas bases las observaciones que obtuvimos durante la terapia.

La forma habitual de pasar por alto este problema particular es hablar de modo global sobre la psicopatología del paciente, sin diferenciar la patología de la personalidad de lo que generalmente se llama la sintomatología clínica.

La idea predominante sobre el tema es más o menos la siguiente: personalidad o carácter distorsionados conducen a la sintomatología. Por tanto, ambos llegan a ser lo mismo. Los "síntomas" son hechos dinámicos, económicos, adaptativos y estructurales en la personalidad. La terapia los reacomoda y, en consecuencia, puede también, a veces, modificar la personalidad subyacente. Esta modificación puede no afectar la "estructura básica" sino sólo sus "tendencias".

Así se origina una nueva complicación del hecho de que ciertas partes de la personalidad o del carácter cambian durante la terapia. Nuestra teoría supera este problema llamando a estas partes rasgos patológicos de la personalidad o del carácter. Por otro lado, es también cierto que algunos tratamientos deben terminar sin que algunos síntomas estén curados; es decir, puede advertirse poco o ningún cambio en éstos. En estos casos nuestra teoría usa frases como "este síntoma particular se ha enraizado caracterológicamente", "se ha hecho egosintónico", o aun "se ha convertido en parte de la estructura yoica".

Tomando el caso del Sr. Baker, encontramos difícil decidir si la "orientación anal-sádica" es parte de la sintomatología o de su personalidad. Nuestra impresión es que durante el tratamiento la intensidad de su orientación disminuyó considerablemente, pero su dirección permaneció sin cambio. Cuando nos preguntamos ahora qué significa esta observación en términos teóricos nos encontramos en una encrucijada: ¿diremos que por no ser capaz de cambiar esta orientación la terapia fue sólo un éxito limitado; o, por otro lado, que su orientación, siendo parte de su personalidad, no podía

esperarse que cambiara fundamentalmente sino sólo en su intensidad? Podríamos tomar muchos otros aspectos de esta historia clínica que presentan el mismo tipo de dilema.

Aunque no podemos resolver estos problemas a plena satisfacción, hemos adoptado como una hipótesis de trabajo la proposición de que las características que permanecen sin cambio durante la terapia deben considerarse partes de la personalidad, mientras que las características modificadas por la terapia pertenecen a la sintomatología del paciente; en lo que sigue discutiremos las observaciones hechas durante la terapia en estas dos categorías: la personalidad del paciente, y la psicopatología del paciente (o sintomatología o enfermedad). En la primera, colocaremos todos sus rasgos que no han cambiado durante el período de observación; en la segunda, los que cambiaron con el impacto de la terapia.

El desarrollo de este tratamiento del modo como ocurrió no sólo estuvo determinado por la técnica usada por el terapeuta, sino también, de manera significativa, por las personalidades de los esposos Baker.

El caso del Sr. Baker, en primer lugar, resulta exacto describirlo casi como un modelo tomado de un libro de texto de lo que se denomina carácter anal-sádico, con todas las formaciones compuestas de tendencias anal-sádicas directas y las formaciones reactivas contra ellas. La historia de su tratamiento demuestra esto con amplitud.

Después de afirmar lo antedicho, nos gustaría agregar que otra cualidad notable de él fue su tranquila pero firme determinación de ver las cosas en profundidad, sin importar el esfuerzo mental, el dolor y la angustia que pudieran costarle. Su actitud a lo largo de todo el tratamiento fue que se encontraba en una lamentable situación y, aunque con derecho a utilizar toda la ayuda posible, era *él* quien tenía que hacer todo lo necesario para salir de eso. Esta actitud no significa que a veces no fuera terco (de miras estrechas) o no pusiera resistencias, pero a pesar de ello mantuvo siempre la actitud básica de que también era *su* responsabilidad trabajar intensamente.

La siguiente cualidad importante fue su capacidad para conservar la confianza y el amor por su mujer. Es verdad que a veces

podía ser cruel hasta lo increíble con ella, tal como era de esperar de un carácter anal-sádico, y llevarla casi hasta el quebranto total. Pero, al mismo tiempo, nunca cuestionaron ninguno de los dos que él la amarra.

Aunque esto no pueda afirmarse con la misma certeza, todo lo observado en su esposa tiende a mostrar que a ella le ocurría lo mismo respecto de su amor por él. Aun durante el período de las torturas más intensas, cuando en su desesperación iba a quejarse, sea al terapeuta o al médico de cabecera, nunca dijo una palabra que pudiera interpretarse como signo de que hubiera dejado de amarlo. El Sr. Baker dijo en varias ocasiones durante el tratamiento que odiaba a su mujer por la parte que desempeñó en causarle angustias al vacilar entre él y James, y lo expresó con gran intensidad emocional.

Incluso en esos momentos su amor por ella estaba presente, y la terapia pudo emplearlo como base segura. Más aun, es digno de señalarse que siempre que hizo algún progreso en la comprensión de sus problemas, no importa lo superficial o temporario que fuera, la respuesta –anotada como la primera comunicación en la siguiente sesión –era invariablemente que él y Farah se habían acercado más uno al otro, y cuánto él lo apreciaba y agradecía (véase, por ejemplo, la sesión 2, B). El hecho es que en algunas personas existe este amor constante y significativo, y resulta un aliado muy valioso de la psicoterapia.

Creemos que no sería fácil explicar la estructura caracterológica descrita utilizando las teorías corrientes. Debemos admitir, sin embargo, que el tratamiento fue bastante breve y así es posible que, de haberse continuado, quizás hubieran aparecido características intensas de odio, venganza y resentimiento. El hecho, no obstante, sigue siendo que durante toda la duración de este tratamiento, que permitió al Sr. Baker recuperarse de su severa enfermedad, no apareció nunca ningún deterioro en su capacidad afectiva.

Otra característica llamativa de la historia clínica es la ausencia de sentimientos de odio o resentimiento o fantasías acerca de James. Además, vale la pena destacar que el Sr. Baker no pareció abrigar deseos o fantasías de humillar a James o, como revancha, forzarlo a rogar contritamente su perdón. Aquí también podría

aducirse el argumento del breve período de observación, como asimismo el hecho de su homosexualidad fuertemente latente, que lo podía haber llevado a ser cruel con las mujeres pero no con los hombres. Sin embargo, debe señalarse la ausencia en el tratamiento de tales indicaciones.

La actitud emocional del Sr. Baker hacia su padre es ligeramente distinta. Ahí el Sr. Baker podía experimentar un considerable resentimiento, pero eso nunca se convirtió en una conducta vengativa o de odio. Es verdad que él se volvió más seguro de sí y que, a medida que el tratamiento progresó, estuvo en condiciones de poner a su padre en el lugar que le correspondía; pero no necesitó nada más que eso. Por el contrario, pudo sentir una sincera empatía y comprensión hacia su padre cuando el anciano se sintió solo debido a la enfermedad incapacitante de su mujer y su posterior muerte.

Este breve comentario sobre algunas de las principales características de la personalidad del Sr. Baker incluye algunas de las tendencias mórbidas que gradualmente se hicieron más y más exageradas y conformaron una parte importante de la sintomatología de su enfermedad. Durante el tratamiento se pudo elaborar una gran parte de esto y *pari passu* con el aumento en el entendimiento del Sr. Baker, su intensidad pudo reducirse en gran medida. O, para emplear la terminología en uso: la intensidad de los derivados del ello disminuyó, aumentando el poder de control del yo. La estructura básica de su personalidad y la orientación habitual de los derivados del ello, sin embargo, permanecieron largo tiempo sin cambios.

9*

Apéndice

A. Criterios de selección

Evidentemente, no todo paciente es apto para terapia focal. Cuando el taller comenzó su investigación no teníamos experiencia clínica en la que fundamentar una teoría para la selección y en nuestra ingenuidad estipulamos nuestro criterio de selección sobre la base de ideas preconcebidas, de la manera siguiente: el paciente debía de ser bastante joven, su enfermedad bastante reciente y debería tener una estructura yoica bastante confiable, demostrada tanto por sus logros en la vida como por su capacidad para formar relaciones objetales duraderas. El Sr. Baker podía ser clasificado positivamente sólo en los dos últimos criterios, pero, sin duda, negativamente en los dos primeros.

El taller reconoció de modo gradual que nuestro criterio inicial era vago e idealista y que, utilizándolo, difícilmente se hubiera podido encontrar algún paciente apto para ser clasificado positivamente en todos los criterios prefijados. Malan (1963) describió nuestra progresiva comprensión de las posibilidades que teníamos de encontrar criterios más confiables y luego examinó estadísticamente la validez de los nuevos criterios. Llegó a la conclusión que de todos los criterios examinados sólo dos tenían una correlación aceptable con el éxito del desenlace. Eran: (a) fuerte motivación para acudir a la terapia y para el insight, y (b) aumento de motiva-

* Este capítulo fue completado por Enid Balint después de la muerte de Michael Balint.

ción después de una interpretación. Teniendo en cuenta los criterios cuya validez, no podía examinarse estadísticamente, debido a que estaban presentes en todos los pacientes estudiados, describió los siguientes cuatro criterios:

1. la buena disposición y capacidad del paciente para analizar sentimientos;

2. la capacidad del paciente para trabajar en una relación terapéutica basada en la interpretación;

3. la capacidad del terapeuta para ver que entiende el problema del paciente de modo dinámico; y

4. la capacidad del terapeuta para formular algún tipo limitado de plan terapéutico (Malan, pág. 277, 1963).

A continuación describiré mis impresiones subjetivas sobre lo que ahora considero como factores importantes en la selección de los pacientes para terapia focal. Esto significa que no tengo pruebas estadísticas de su validez. Creo que debe agregarse que se superponen en gran medida con las ideas de Malan, aunque no son idénticos.

1. El paciente debe dar la impresión de tener capacidad para desarrollar en su debido momento una colaboración terapéutica viable con ese terapeuta en particular. En otras palabras, se debe estar en condiciones de predecir una alianza terapéutica confiable entre paciente y terapeuta, que sea lo suficientemente fuerte para soportar las tensiones que la terapia pueda causar. Como lo sugiere esta descripción, la capacidad de producir una alianza terapéutica no debe medirse según una escala absoluta, sino relativa respecto de las tensiones esperadas.

2. Este factor puede llamarse motivación. El terapeuta debe tener la señal clara de que todavía existe un conflicto suficiente en el paciente entre su enfermedad y el resto de su personalidad, es decir que la enfermedad es aún egodistónica: no ha sido aceptada ni incorporada por el yo. En otras palabras, parece poco probable que el paciente defienda su enfermedad como una parte valiosa, desde el punto de vista narcicista, de su personalidad, esto es, que prefiera seguir enfermo a cambiar, o aun a renunciar a partes de la estructura de su personalidad.

3. El paciente parece capaz de aceptar interpretaciones "de prueba", con las cuales hacer alguna elaboración constructiva. Este tra-

bajo no alcanza a aceptar necesariamente las interpretaciones como válidas y el paciente puede rechazarlas después de probarlas en alguna forma constructiva. Con el fin de verificar la capacidad del paciente, el terapeuta deberá elegir durante el período diagnóstico las interpretaciones que causan algún aumento significativo de la tensión.

4. Los informes del psiquiatra (terapeuta) y del psicólogo deben confirmarse uno al otro o, si no, entenderse conjuntamente. Si se contradicen o no pueden entenderse en conjunto, debe considerarse esto como un signo negativo. Este factor chequea la capacidad del paciente para entablar relaciones significativas con dos personas diferentes en dos encuadres distintos. La descripción de las experiencias en estas dos relaciones objetales por los "interesados" (psiquiatra y psicólogo) debe ser comprensible sin mucha dificultad por cada uno de ellos al describir al mismo hombre. En otras palabras, la personalidad del paciente está distorsionada por su enfermedad pero no tanto como para impedir a dos personas diferentes comprenderlo del mismo modo.

5. Debe encontrarse un foco no más allá de la tercera o cuarta sesiones. La razón de esta exigencia es algo similar a la anterior, es decir, que el paciente pueda ser comprendido de manera suficientemente profunda y confiable por parte del terapeuta.

Deseo repetir que estos cinco factores o criterios de selección están basados sólo en impresiones clínicas y necesitan una validación objetiva. Espero que esto se logre en el próximo libro de Malan.

B. La búsqueda de un foco

Como lo demuestra la historia del tratamiento del Sr. Baker, además de los dos focos seleccionados de hecho, surgieron varios otros; para mencionar unos pocos: su crueldad en general y, en particular, hacia su mujer; sus intereses anales tanto en forma primitiva como sublimada; su homosexualidad latente, como lo demuestra su sentimiento de inferioridad con respecto a todos los hombres y su envidia hacia ellos; la relación ambivalente con su padre y con todo hombre superior. Todos estos temas aparecieron durante la terapia y desempeñaron cierto papel preponderante en ella; paciente y tera-

peuta tuvieron que trabajar con ellos durante algún tiempo. Tenemos que preguntarnos por qué ninguno fue considerado como foco.

Temo que hasta ahora, no tenga una respuesta satisfactoria a esta pregunta, por lo que debo estar preparado para aceptar que lo que diga sobre ello no satisfará tampoco a mis lectores. Vale la pena señalar que Malan (1963) en su libro evitó esta pregunta y que lo que dijo sobre el particular está resumido bajo un concepto diferente: la "cristalización" de un foco (págs. 210-13). La elección de esta frase sugiere que nuestras ideas en esa época eran que el foco no se establecía sino que surgía gradualmente del trabajo conjunto entre el paciente y el terapeuta. Como veremos ahora, esto es verdad sólo en parte.

Nuestra experiencia durante los últimos cinco años, más o menos, en un grupo de investigación que indagó la posibilidad de lo que llamamos "psicoterapia de diez minutos" me sugirió otra manera de pensar sobre cómo se encuentra un foco. El encuadre establecido por la condición de los "diez minutos" exigió una interacción muy intensa entre el paciente y el médico. Esta atmósfera ayudó al médico a "sintonizar" el estado mental presente de su paciente, que es un conglomerado de esperanza y desesperación, verdad y mentira, confusión y claridad. Si tiene éxito en esa tarea alcanzará un "destello" de comprensión que generalmente une al médico con el paciente y es experimentado por ambos. Otro modo de expresar este sentimiento es describirlo algo poéticamente como el "encuentro de dos mentes" o "un instante de verdad"; otras expresiones usadas por algunos autores, y que posiblemente describe la misma experiencia, son el "cierre de una *Gestalt*" o la experiencia de "darse cuenta ", aunque no estoy muy seguro de si estas últimas son idénticas a lo que tratamos de describir.

Las experiencias del equipo de investigación, que se están escribiendo y se publicarán en un volumen separado, muestran que en el encuadre del médico de cabecera no es necesario expresar la experiencia de un "destello" con tantas palabras. Es suficiente con que el acontecimiento sea sentido y reconocido por ambos "interesados", y que este reconocimiento se mantenga vivo en las reuniones posteriores. Estas experiencias me sugirieron que quizás el proceso dinámico resultante de elegir un foco tuvo algo en común con un destello.

Hay, sin embargo, una diferencia muy importante: en terapia focal esta experiencia debe ser expresada por el terapeuta para su propio uso con conceptos bastante exactos, proceso que es más o menos idéntico a traducir la experiencia del destello en palabras concisas. Sin esta formulación precisa no puede diseñarse un plan focal, lo que significa que el terapeuta encontrará difícil decidir cuándo y cómo usar la atención o el olvido selectivos. Durante la existencia del Taller de Terapia Focal hubo muchas discusiones sobre cómo definir un foco. Se llegó a un consenso general aceptable de que el foco debía ser específico (no una idea general como "homosexualidad" o el "complejo de Edipo"), claramente delineado (no tan vago como "la relación del paciente con su madre") y nada ambiguo. En la última fase de nuestro trabajo quedamos muy impresionados con la idea de que el foco debía expresarse al modo de una interpretación que pudiera darse con todo su sentido al paciente hacia el final del tratamiento. De hecho esto sucedió con uno de los focos en el caso del Sr. Baker: llegó a ser capaz de aceptar la victoria sobre su rival masculino. Por otra parte, el segundo foco, "compartir simbólicamente su mujer con el terapeuta", nunca fue expresado como una interpretación, pero fue simbólicamente aceptado por las tres personas involucradas, es decir, por el Sr. y la Sra. Baker y por el terapeuta (véanse por ejemplo, las sesiones 27 y 28).

Formular el foco de la manera exacta que acaba de describirse exige un alto grado de observación sensible, un buen conocimiento de la teoría psicoanalítica, estar libre de vías compulsivas para concebir la psicopatología y, sobre todo, resistir la atracción de emplear frases psicoanalíticas huecas.

Los dos focos elegidos en la sesión 2 en el caso del Sr. Baker fueron: (a) permitirle que aceptara el triunfo sobre su rival; y (b) compartir simbólicamente su mujer con un hombre, es decir el terapeuta en la transferencia. Otras posibles formulaciones sobre la misma idea, pero sólo descritas en términos generales, por ejemplo, definidas sin precisión podrían ser: "rivalidad homosexual" o "vencer sus sentimientos de inferioridad respecto de los hombres"; for-

mulaciones apropiadas y específicas del foco, pero mucho más limitadas: "interés en las técnicas de hacer el amor de otros hombres" o "averiguar lo que sienten las mujeres cuando hacen el amor"; y finalmente, usando algunas frases psicoanalíticas atractivas, pero huecas: "identificación con las mujeres, en particular con su madre", "amor pasivo por los hombres, es decir, por su padre" o "amor sólo hacia mujeres carenciadas como su madre y su mujer", etc. Todas estas formulaciones de un foco, y muchas otras similares, están basadas en observaciones clínicas concienzudas y aplican correctamente las teorías psicopatológicas, pero el área que definen resulta demasiado diluida y vaga o demasiado limitada, creando dificultades para la técnica focal de atención y olvido selectivos. Además, ninguna de ellas podía usarse como interpretación clave en una de las sesiones finales del tratamiento ni, en consecuencia, sirve como guía de orientación para la terapia.

Habiendo ya discutido el modo real en que debe expresarse el foco elegido, permítasenos volver ahora al proceso de su elección. En general, hay dos posibilidades. Una es confiar del todo en la "sintonización". Esto ocurrió en el caso del Sr. Baker cuando, al final de la segunda sesión, los dos focos fueron definidos exactamente y permanecieron sin cambio a lo largo de todo el tratamiento; para crear este proceso, el terapeuta debe producir un clima donde el paciente esté libre de recelos y preocupaciones mezquinos, y que permita así, emerger los conflictos esenciales y las áreas de perturbación; este clima debe ser relajado y muy intenso al mismo tiempo, permitiendo al terapeuta hacer observaciones que importen de verdad, experienciar el "destello" y traducirlo, tal como se describió, en una frase concisa. Sé que estas son palabras hermosas: significan mucho para mí, pero no estoy seguro de haber tenido éxito en transmitir el mismo sentido al lector.

La segunda posibilidad está muy bien descrita por Malan y admirablemente caracterizada por el empleo del concepto de cristalización de un foco. Esto no significa un destello, sino una aparición gradual en el toma y daca entre el paciente y el terapeuta.

Lo que acabo de decir se relaciona sólo con el período diagnóstico inicial, que culmina con la elección del foco. Después esto es verificado y chequeado en cada sesión del tratamiento, teniéndo-

se que hacer en ciertos casos una modificación ligera o importante del foco elegido, o, incluso, rechazarlo por completo. Como lo demuestra el tratamiento del Sr. Baker, el terapeuta tuvo en varias ocasiones serias dudas respecto de si su elección era la correcta; esto es casi la regla general en terapia focal. Sin embargo, en este caso los dos focos superaron todas esas vicisitudes y el tratamiento pudo terminarse con ambos focos inmodificados.

C. La teoría del seguimiento

La teoría del seguimiento puede demostrarse mejor remitiendo al lector a los objetivos focales y a los pronósticos en los informes de la sesión. Por ellos resultará claro que en la etapa del seguimiento el objetivo de la terapia era limitado. Se examinó este objetivo limitado. No hubo un criterio de curación, sino sólo una evaluación respecto de si la terapia había logrado lo que se proponía y en qué medida. Puede argüirse que, aun si se hubiera logrado el objetivo limitado, podía no haberse conseguido por la terapia. No obstante, en vista del cuidadoso examen del objetivo, de la intervención y de los resultados de ésta, es justo pensar que si se logró el objetivo fue la terapia la que logró el cambio.

Quizás el mejor modo de demostrar nuestra teoría sea proponer el seguimiento del Sr. Baker del modo en que Malan y Rayner plantean las preguntas que han de ser respondidas. Su intención era evaluar el éxito o el fracaso con el fin de clasificar los distintos desenlaces de la terapia. Se podrá observar cuánto más amplias y más de largo alcance son estas preguntas comparadas con las del Dr. Balint y discutidas ya antes en este libro.

Preguntas de seguimiento del Sr. Baker

1. ¿Cuál ha sido la historia posterior y cuál la presente posición en cuanto a su preocupación paranoide con respecto a la relación de su mujer con el otro hombre? ¿Cuál es ahora su actitud frente a su enfermedad? ¿Hubo otras manifestaciones paranoides o psicóticas? ¿Hubo algún cambio en su carácter obsesivo?
2. Observando que ocurrieron dos crisis previas en relación con (a) la muerte de la figura paterna, (b) la mudanza a una nueva casa y (c) la compra de la participación mayoritaria en el negocio

familiar e infiriendo que estos acontecimientos significaron un triunfo sobre las figuras paternas:
¿Ha habido otros de estos sucesos desde entonces (por ejemplo, en este caso la muerte de su padre, el éxito en los negocios, etc.)? Y si así fue, ¿cómo se recuperó de ellos?
¿Puede dar algunas pruebas de cómo se recuperó de situaciones de rivalidad o amenaza de su masculinidad?

3. ¿Qué pasó con todos los aspectos de la relación con su mujer? ¿Pudo autoafirmarse sin ser sádico? (Obsérvense en el Rorschach las pruebas palpables de las relaciones sádicas con las mujeres).
4. ¿Ha habido alguna otra manifestación de su homosexualidad latente?

10*

Observaciones finales

El lector ya debe haber arribado a alguna conclusión propia con respecto a las similitudes y diferencias de la psicoterapia focal comparada con otros tipos de psicoterapia breve.

Sin embargo, deseamos hacer explícitas estas similitudes y diferencias para poner la terapia focal del Dr. Balint en la secuencia histórica resumida en el capítulo 2.

Los dos intentos previos de desarrollar tipos más breves de psicoterapia psicoanalítica incluyeron el uso de diversas formas de "actividad". Estas fueron diseñadas no sólo para acelerar y, por lo tanto, abreviar el proceso terapéutico, sino también con la esperanza de tratar de modo efectivo ciertos problemas terapéuticos específicos y difíciles tales como la dependencia excesiva, por ejemplo.

Estas actividades fueron "manipulativas" en el sentido de que se usaron, sea en lugar de la comprensión y la interpretación o porque se consideró que tal comprensión y su comunicación al paciente no produciría los resultados deseados. Al paciente excesivamente dependiente no se le permitió tener la frecuencia elevada de sesiones habitual, con el fin de bloquear el desarrollo de dicha dependencia sobre el terapeuta. Se usaron terminaciones violentas o prolongadas interrupciones en el tratamiento por razones semejantes.

Una característica significativa de dichas técnicas manipulati-

* Este capítulo fue escrito por Paul H. Ornstein después de la muerte de Michael Balint.

vas es el hecho de que fueron introducidas arbitrariamente por el terapeuta en el proceso terapéutico. Un efecto colateral –aparte de los resultados terapéuticos cuestionables– mucho más indeseable de tales actividades "no analíticas", es que estas intervenciones también bloquean las rutas para nuevas observaciones, y, por lo tanto, para nuevos conocimientos respecto de las áreas problemáticas de la terapia para las cuales se introdujeron originalmente estas actividades.

Los procesos terapéuticos que utilizaron estas técnicas activas fueron llamados luego, vagamente, psicoterapia psicoanalítica. Pero la mayor parte de los psicoanalistas no estuvieron dispuestos a aceptar que este tipo de psicoterapia se mantenga en la misma línea de continuidad con el psicoanálisis. En lugar de ello, recalcaron diferencias cualitativas y cuantitativas, e insistieron en considerar el psicoanálisis como netamente diferenciado de una psicoterapia amorfa. Muchos hasta rechazaron la aplicación del adjetivo "psicoanalítico" a este tipo de tratamiento.

Desde nuestro punto corriente de observación, tenían toda la razón. No obstante, pensamos que la noción teórica de un continuo hubiera favorecido indudablemente el desarrollo de un tipo de psicoterapia que no era un psicoanálisis diluido, sino que teórica y técnicamente mantenía la continuidad con él (Ornstein, 1970a). Ahora podemos comprender mucho mejor por qué la noción de continuidad de Alexander (1956) no obtuvo aceptación general.

En nuestra opinión, la terapia focal mantiene la línea de continuidad con el psicoanálisis ya que todas las actividades del terapeuta están restringidas a intervenciones interpretativas. La actividad del terapeuta consiste en: (a) *encontrar el foco apropiado de entre los que ofrece el paciente;* y (b) *aproximarse de modo constante y coherente al problema focal con la sola actividad interpretativa*. El foco elegido ayuda al terapeuta para su actitud de "atención selectiva" y "olvido selectivo". Lo que no se relaciona directamente con este foco queda sin interpretar (véase capítulo 6).

Podría objetarse que también esto lo manipula el terapeuta. Hasta donde las interpretaciones influyen en la dirección del tratamiento, en el flujo de asociaciones, y en la clase de cosas que se permite abordar en la relación terapéutica, la terapia focal, sin duda,

está deliberadamente más restringida. Sin embargo debe destacarse que las asociaciones del paciente, a continuación de la interpretación elegida por el terapeuta, puede que no confirmen el diagnóstico y, por lo tanto, el objetivo focal resultar irrelevante. Si este es el caso, el terapeuta no forzará al paciente, insistiendo en su propia interpretación, para que éste renuncie a la dirección que desea tomar. El terapeuta no introduce en el encuadre o clima del tratamiento, sea unilateral o arbitrariamente, ninguna actividad con el fin de encontrar caminos más breves para llegar a la comprensión, tanto por parte del paciente como del terapeuta, ni para reemplazar interpretaciones. Esto convierte en analítica por su técnica a la terapia focal. Por supuesto, la teoría y la psicopatología del tratamiento también están basadas en conceptos psicoanalíticos.

Esto no pretende ser injusto con el tratamiento psicoanalítico clásico per se, que en un extremo del continuo permanece como una técnica y un proceso delimitados, específicos y bien delineados, con sus propios objetivos particulares y resultados terapéuticos. El foco en la psicoterapia focal indudablemente limita el trabajo terapéutico por su mismo diseño –el trabajo juntamente con lo que puede experienciarse y reexperienciarse en esa relación–, por lo tanto circunscribiendo, pero también especificando y pronosticando con claridad los resultados terapéuticos.

Tenemos una tarea complementaria en este capítulo final: resumir brevemente algunas áreas de la psicoterapia focal que necesitan mayor desarrollo e investigación.

1. Tanto el método del destello como el de la cristalización para elegir el foco (véase capítulo 9) requieren mayor elaboración y estudio sistemático. Aquí, el método francés de formular el conflicto focal y el conflicto nuclear (que difiere del objetivo focal, según se describió en este libro) y la cuidadosa verificación de su validez, pueden ser combinados de manera útil. Dado que el foco elegido (con toda la flexibilidad que se desee para cambiarlo cuando sea necesario) determina de modo significativo el curso del tratamiento, el proceso de esta elección junto con el de la selección de pacientes para este tipo de tratamiento necesita ser comprendido mejor.
2. Cualquiera que sea el método de selección de pacientes, es funda-

mental el concepto de que paciente y terapeuta "congenien" de inmediato. Este proceso de congeniar deberá ser especificado y entendido en función de la contribución de paciente y terapeuta para lograrlo. Esto es lo más importante, porque la "atmósfera" creada en el marco del tratamiento (de nuevo con contribuciones de ambos participantes) permitirá y perfeccionará, o bloqueará, el trabajo en el área elegida.

En nuestra muestra de tratamiento (capítulo 5) los cambios o fluctuaciones sesión a sesión en la relación paciente y médico, y los cambios resultantes en la atmósfera terapéutica, no están documentados tan explícitamente como hubiéramos deseado. Futuras investigaciones tendrán que centrarse sobre esta área y examinar de un modo mucho más detallado y explícito las observaciones sobre "cómo trató el paciente al médico" y "cómo trató el médico al paciente". Ello permitirá el estudio de la atmósfera como parte integral de la técnica terapéutica.

3. Al pasar, hemos mencionado en el capítulo 2 que Malan (1963) no estudió la técnica de la terapia focal. Este autor se centró en otras dos importantes áreas: criterios de selección, y desenlace y seguimiento. En este libro, Michael Balint deseó señalar, con la presentación de una muestra de la técnica, otra área que directamente reclama cierta prioridad de nuestra parte sobre las demás, es decir, la técnica de la terapia. Consideramos que es necesario un cuidadoso estudio de técnicas bien documentadas y bien articuladas para que los actuales estudios complejos de desenlace y seguimiento, los que sean posibles, puedan aplicarse a los tratamientos con técnicas más rigurosas.

Esto acrecentará el descubrimiento de la complicada relación entre los procesos de terapia y el desenlace predecible (o aun impredecible). Sin una unión clara entre las técnicas y los procesos de la terapia y el resultado específico, tanto la posibilidad de la enseñanza como de la investigación psicoterapéuticas se ve obstaculizada o incluso imposibilitada.

4. Para el estudio de la técnica y del desenlace, son necesarios pronósticos explícitos sesión a sesión con respecto al desenlace final concebido. Eso está muy descuidado en todo el campo de la psicoterapia. Las predicciones y su estudio y documentación sistemáticos nos ayudará en nuestro objetivo de correlacionar técnica, proceso y resultados.

5. El uso de formularios (véase capítulo 4) y las posibles modificaciones en las áreas que estén bajo control específico puede, por supuesto, ayudarnos en la sistematización de nuestras observaciones en todas las áreas mencionadas en las cuatro partes precedentes. Una modificación que se está planeando ahora (por P.H.Ornstein) es el uso independiente, pero simultáneo, de grabaciones y formularios. Estos últimos se completarán por el terapeuta sin el uso de las grabaciones, de modo que ambos tipos de documentación podrán estar disponibles para la investigación y la enseñanza.

Los dos extremos del continuo de que hemos hablado, psicoanálisis y psicoterapia focal están, comparativamente, bien definidos. Lo que queda entre estos dos extremos, la amorfa "psicoterapia psicoanalítica", quizá pueda también alcanzar una modalidad de tratamiento bien definida si la enfocamos desde lo que hemos aprendido del psicoanálisis clásico y de la psicoterapia focal.

Referencias Bibliográficas

Alexander, F. (1925) "Review of *Die Entwicklungsziele der Psychoanalyse* by S. Ferenczi and O. Rank", *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, XI.

– (1956): *Psychoanalysis and Psychotherapy-Developments in Theory, Technique and Training*, Nueva York, Norton.

– y French, T.M. (1946): *Psychoanalytic Therapy-Principles and Application*, Nueva York, Ronald Press.

Ferenczi, S. (1919): "Technical Difficulties in the Analysis of a Case of Hysteria", en: *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-analysis*, Londres, Hogart (1950).

– (1920): "The Further Development of an Active Therapy in Psycho-analysis", en *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-analysis*, Londres, Hogart (1950).

– (1925): "Contra-indications to the 'Active' Psychoanalytic Technique", en: *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-analysis*, Londres, Hogart (1950).

– y Rank, O. (1925: "The Development of Psycho-analysis", *Nervous and Mental Disaeses Monograph*, Nº 40, Nueva York y Washington.

French, T. M. (1958): *The Integration of Behavior*, vol. III, págs. 99-102; págs. 384-85, Chicago, University of Chicago Press. (1970): "The Cognitive Structure of Behavior", en: *Psychoanalytic Interpretations: The Selected Papers of Thomas M. French*, cap. 15, págs. 296-323, Chicago, Quadrangle Books.

Freud, S. (1895): "Katharina", en: J. Breuer y S. Freud, *Studies on Hysteria, S.E.*, vol. II págs. 125-34. [Hay versión castellana: "Catalina", en: *La Histeria; Obras completas*, I pág. 72, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948].

– (1919): "Lines of Advance in Psycho-analytic Therapy", *S.E.*, vol. XVII, págs. 157-68. [Hay versión castellana: "Los caminos de la terapia psicoanalítica", *Ibídem*, II, pág. 357.]

Malan, D.H. (1963): *A study of Brief Psychoterapy*, Londres, Tavistock Publications.
Ornstein, P. H. (1970a): "Psychoanalysis, Psychoterapy and Crisis Intervention – Are These On A Continuum?" (manuscrito no publicado).
Ornstein, P.H. (1970b): "Learning, Unlearning and Pseudo-Learning in Residency Training" (manuscrito no publicado).
– y Kalthoff, R.J. (1967): "Toward a Conceptual Scheme for Teaching Clinical Psychiatric Evaluation", *Comprehensive Psychiatry* 8: 404-26.
– y Ornstein, A. (1969): "A Study of the Curative Factors in Psychotherapy" (manuscrito no publicado).
Small, L. (1971): *The Briefer Psychotherapies*, Nueva York, Brunner-Mazel. [Hay versión castellana: *Psicoterapias breves*, Barcelona, Gedisa, 1981, 2a. ed.]
Whitman, R.M. y Stock, D. (1958): "The Group Focal Conflict", *Journal of Psychiatry* 21: 269-76.